

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN-MANAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
HOSPITAL ESCUELA DR. ROBERTO CALDERON G.**



Tesis para optar al título de especialista en Medicina Interna:

“Manejo del dolor oncológico y calidad de vida en pacientes con neoplasias solidas atendidos en la clínica de cuidados paliativos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez de octubre a Diciembre de 2018”.

AUTOR:

Dr. Christian Manuel Fonseca Carcache.
Residente de medicina interna

TUTOR:

Dr. Ulises López Fúnez
Médico y Cirujano
Especialista en Medicina Interna

Managua, Enero de 2019

OPINIÓN DEL TUTOR

El dolor oncológico supone una gran carga de trabajo para el personal de salud, ya que en esta patología prima más que en otras tener presente el aspecto holístico del paciente. El estudio **“Manejo del Dolor oncológico y calidad de vida en pacientes con neoplasias sólidas atendidos en la clínica de cuidados paliativos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez de octubre a diciembre de 2018”** encontró resultados en donde los pacientes con enfermedades metastásica presentan dolores severos en el 50% de los casos, los que presentaron más de 6 crisis eran dolores severos en el 85.7%. Otro dato que no podemos obviar son los síntomas asociados, en donde se encontró que los más frecuentes fueron el estreñimiento, depresión, náuseas y vómitos, insomnio, disnea y ansiedad. Debemos empezar a dejar de centrarnos únicamente en la farmacología como arma principal contra el dolor y debemos empezar a conocer profundamente otro tipo de técnicas no farmacológicas.

La información obtenida claramente será útil para apoyar los preceptos teóricos subyacentes a los temas de cuidados paliativos en enfermos oncológicos, la familia y las capacidades físicas de tales personas. Además los resultados obtenidos en este estudio deben de motivar la realización de estudios analíticos y así diseñar intervenciones dirigidas a mejorar el manejo de los pacientes.

Los objetivos propuestos se cumplieron ampliamente, la investigación se realizó con gran rigor científico, la redacción es correcta, por todo lo cual es mi opinión que la tesis reúne la calidad que esperaba como tutor de la misma.

Dr. Ulises López Fúnez
Médico y Cirujano
Especialista en Medicina Interna

LISTA DE ABREVIATURAS

AINES:	Anti Inflamatorios no Esteroideos
AAS:	Ácido Acetilsalicílico
BPI:	Brief Pain Inventory
CBD:	Cuestionario Breve del Dolor
COX-2:	Ciclooxigenasa-2
CP:	Cuidados Paliativos
DE:	Desviación Estándar
DIO:	Dolor Irruptivo Oncológico
ECOG:	Eastern Cooperative Oncology Group
EORTC:	Organización Europea de Investigación y Tratamiento del Cáncer
EVERA:	Escala Verbal Análoga
EVA:	Escala Visual Análoga
EN:	Escala Numérica
HRCG:	Hospital Roberto Calderón Gutiérrez
IASP:	Asociación Internacional Para el estudio del dolor
IM:	Intramuscular
INSS:	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social
IV:	Intravenoso
Mg:	Miligramos
MGPQ:	McGill Pain Questionnaire
MINSA:	Ministerio de Salud
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
RR:	Riesgo Relativo
OR:	Odds Ratio
SC:	Subcutáneo
SILAIS:	Sistema Locales de Atención en Salud

DEDICATORIA

A Dios dueño y señor de nuestras vidas, al que agradezco de todo corazón las veces que me ha levantado cada vez que me he tropezado y me brinda siempre esperanza, fe y fuerzas para seguir en el camino, gracias por brindarme la sabiduría para comprender que el progreso del hombre está en alcanzar sus ideales y dentro de ellos una profesión digna y al servicio de los demás.

A mis padres, quienes siempre han estado junto a mí y quienes con su amor y su cariño me dan fuerzas para superar cada día, en la lucha continua para enfrentar la vida, me es imposible expresar todo lo que me han dado a lo largo de mi existencia, todo lo que soy y cada logro personal alcanzado se lo debo a ellos.

A cada uno de los maestros de este hospital, que fueron parte muy importante en mi formación y hoy este trabajo es un tributo a ese esfuerzo, este logro es el reflejo de sus esfuerzos por forjarme en el camino de la medicina.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar le doy gracias a Dios por haber concluido este trabajo, después de mucho esfuerzo y dedicación, espero confiado que este pequeño aporte tenga su valor correspondiente en pro del desarrollo de los conocimientos médicos y en la atención que brindamos a nuestros pacientes.

Agradezco muy especialmente y con mucho cariño a mis padres, que siempre han estado apoyándome incondicionalmente, no solo en este trabajo, sino que también a lo largo de mi vida. Ellos siempre representan un motor fundamental en todo momento.

A todos mis Docentes y a quienes están directamente a diario con nosotros enseñándonos desinteresadamente la atención de los pacientes y resolviendo los complejos problemas médicos y laborales que a diario enfrentamos. Resulta difícil mencionarlos a todos pero con su ayuda y mis esfuerzos e interés he avanzado satisfactoriamente. Agradezco en especial al Dr. Ulises López, tutor de mi tesis monográfica para optar el título de especialista de medicina interna y con quien juntos le dimos forma y sentido a este intrincado estudio, además de ser un especialista interesado en la educación continua para la formación de médicos de calidad.

A mis amigos y colegas con quien he compartido años importantes de mi formación como médicos y espero continuar avanzando en este largo camino de la medicina. Agradezco a todas las personas que de forma directa e indirecta contribuyeron en la realización de este estudio investigativo.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	¡Error! Marcador no definido.
II. ANTECEDENTES	¡Error! Marcador no definido.
III. JUSTIFICACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	¡Error! Marcador no definido.
V. OBJETIVOS.....	¡Error! Marcador no definido.
VI. MARCO TEÓRICO	¡Error! Marcador no definido.
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	¡Error! Marcador no definido.
7.1. Tipo de estudio:	¡Error! Marcador no definido.
7.2. Área de estudio:	¡Error! Marcador no definido.
7.3. Población de estudio:	¡Error! Marcador no definido.
1.4. Criterios de inclusión:	¡Error! Marcador no definido.
1.5. Criterios de exclusión	¡Error! Marcador no definido.
7.6. Operacionalización de las Variables	¡Error! Marcador no definido.
7.7. Técnica y Procedimiento:.....	¡Error! Marcador no definido.
7.8. Cruce de variables	¡Error! Marcador no definido.
VIII. RESULTADOS	¡Error! Marcador no definido.
IX. DISCUSIÓN	¡Error! Marcador no definido.
X. CONCLUSIONES	¡Error! Marcador no definido.
XI. RECOMENDACIONES.....	¡Error! Marcador no definido.
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	¡Error! Marcador no definido.
XIII. ANEXOS	¡Error! Marcador no definido.

RESUMEN

El estudio “Manejo del Dolor oncológico y calidad de vida en pacientes con neoplasias sólidas atendidos en la clínica de cuidados paliativos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez de octubre a diciembre de 2018” tenía como objetivo determinar el Manejo del Dolor oncológico y calidad de vida en dichos pacientes. El diseño se corresponde con un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. El universo se constituyó por un total de 53 pacientes y la muestra fue conformada por un total de 30 pacientes atendidos en la clínica de cuidados paliativos. La fuente de información fue primaria y secundaria, tomadas de entrevistas y expedientes clínicos. Entre los resultados más relevantes se encontró que la edad promedio fue de 58.8 años, y 60% eran del sexo masculino. En relación a las condicionantes de salud se evidenció que la patología asociada más frecuente fue la hipertensión arterial. La neoplasia más frecuente fue la de pulmón (23.3%), de ellos el 60% tenía enfermedad metastásica, y el 46.7% menos de 1 año de diagnóstico. Pacientes que habían recibido quimioterapia (30%) tenían un ECOG de 2 puntos, a diferencia de los que habían recibido radioterapia (53.8%) cuyo ECOG se encontraba en 3 puntos. La intensidad media de los pacientes al ingreso del programa de cuidados paliativos fue de 6.47 ± 2.24 , la intensidad máxima del dolor en las últimas 24 horas fue de 6.7 ± 2.60 , la intensidad media de 3.97 ± 2.26 , la intensidad mínima de 2.7 ± 2.33 , y la intensidad del dolor actual de 3.60 ± 3.20 . El 75% de los pacientes que utilizaban morfina presentaron estreñimiento. Las medianas de los impactos sobre cada parámetro de la calidad de vida presentaron un rango entre 5 y 6 (escala 0 a 10). Las mujeres (50%) presentan dolores severos, los hombres (44.4%) dolores moderados. Pacientes con enfermedades metastásica presentan dolores severos en el 50% de los casos, los que presentaron más de 6 crisis eran dolores severos en el 85.7%. Las crisis de más de 10 minutos de duración son crisis de moderadas a severas en un 61.1% a 66.7%. La neoplasia que más utilizó opioides fue pulmón (23.5%), cabeza y cuello (17.6%).

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo, se prevé que para el año 2025, se registrarán más de 20 millones de nuevos casos de cáncer en todo el mundo, entre los cuales cuatro quintas partes de la carga recaerán en los países de ingresos bajos y medios.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha difundido los cuidados paliativos en todos los países y define este término como los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad avanzada y progresiva donde el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psicosociales y espirituales cobran la mayor importancia. (Pastrana, 2012).

En Nicaragua no disponemos de un programa integral de cuidados paliativos a pacientes oncológicos, por lo que la comisión Nacional de lucha contra el cáncer ha definido como uno de sus pilares fundamentales, crear el programa de cuidados paliativos en el paciente oncológico. (Cruz, 2017)

El objetivo de los cuidados paliativos (CP) es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. Los cuidados paliativos no adelantan ni retrasan la muerte, constituyen el verdadero sistema de apoyo y soporte.

Los síntomas son variados y el dolor es el más temido de los síntomas. La presencia del dolor y su inadecuado manejo en enfermos de cáncer se ha documentado de manera extensa. En 2007 se publicó un metaanálisis que incorporó 52 estudios, en los cuales se comprobó que la prevalencia es variable en función de la definición empleada de dolor, pero que en cualquier caso es superior al 50% en todos los tipos de cáncer analizados; destaca por su elevada prevalencia el dolor en pacientes con cáncer de cabeza y cuello (70%).

En dos revisiones sistemáticas recientes, las cifras de dolor se disparan a rangos del 62-86% en estadios avanzados de la enfermedad. Se encuentra una mayor incidencia en algunas patologías, como cáncer de mama, debido a su elevada

frecuencia y a sus elevadas tasas de curación y/o largos períodos de supervivencia.

Con los analgésicos convencionales, en ocasiones es difícil lograr un alivio eficaz del dolor oncológico severo. Si el origen del dolor es exclusivamente tumoral, una forma es intentar combatirlo a medio plazo con tratamientos dirigidos a la neoplasia, pero no siempre estos tratamientos son eficaces o el paciente está en condiciones de tolerarlos y, en cualquier caso, su control analgésico nunca es inmediato. Los analgésicos opioides siguen siendo, por tanto, la base del tratamiento del dolor oncológico severo y del Dolor irruptivo oncológico (DIO). Son la base de esta indicación debido a su eficacia, seguridad, múltiples vías de administración y facilidad de ajuste, entre otras características.

En el Hospital Escuela Dr. Roberto Calderon Gutierrez, se crea el programa de Cuidados paliativos en enero 2018, en el primer mes se captaron 9 pacientes y al finalizar el primer cuatrimestre se habian captado 113 pacientes de las diferentes regiones del pais, de los cuales el 42 % de las atenciones se corresponden a pacientes hospitalizados, un 53% a consulta externa y un 5% a pacientes atendidos en area de emergencia. (Estadísticas).

Según estadísticas al finalizar el año 2018, se reportan 706 atenciones de cuidados paliativos, de las cuales el 35% (251) eran pacientes atendidos por primera vez, y el 64.4% (455) eran atenciones subsecuentes. En relación a la distribución de sexo el 51.8% se corresponde al sexo masculino y el 48.2% al sexo femenino, Por otra parte de 266 atenciones por dolor oncológico, 72 atenciones fueron captado por pimera vez y 194 fueron atendios de forma subsecuente, el grupo etáreo predominante se corresponde a los mayores de 50 años (59.4%), seguido de 35-49 años (22.6%) y por ultimo los de 15 a 34 años con un 18%.

II. ANTECEDENTES

En Londres 1967, la fundación de St. Christopher's Hospice, Demostraron que un buen control de síntomas, una adecuada comunicación y el acompañamiento emocional, social y espiritual logran mejorar significativamente la calidad de vida de los enfermos terminales y de sus familia.

En Canadá 1970, se comienza a utilizar el término de "Cuidados Paliativos", Cuidados que se brindan a los pacientes al final de la vida.

En 1980 la OMS incorpora oficialmente el concepto de Cuidados Paliativos y promueve el programa de cuidados paliativos como parte del control de cáncer, la OPS posteriormente también lo incorpora oficialmente a sus programas asistenciales.

En el año 2015, J. Boceta O, J. Contreras, J. Guitar, J. Virizuela en Sevilla España realizan un estudio multicentrico y transversal cuyo objetivo principal fue determinar la situación global del dolor y su impacto en la calidad de vida y analizar el grado de acuerdo en su valoración entre los pacientes y sus médicos en una población con dolor irruptivo asociado a cáncer. Un total de 129 médicos y 472 pacientes participaron del estudio, el 94.8% de los médicos tenían experiencia previa en el manejo del dolor irruptivo oncológico, Con relación a la intensidad del dolor y al impacto de este en la vida cotidiana, los coeficientes de correlación intraclase indicaron que había un alto grado de acuerdo entre las valoraciones de los médicos y de los pacientes, la declaración del dolor experimentado por los pacientes fue de 8 para la intensidad máxima y de 5 para la intensidad media.

En el 2017 M. Priego-Valladares, P. García, M. García, A. Tello, J. Portilla, J. Ramos publican un estudio retrospectivo y analítico sobre las diferencias en pacientes oncológicos y no oncológicos ingresados en unidad de cuidados paliativos de reciente creación en un hospital de tercer nivel en la comunidad Valencia, España. De los pacientes paliativos atendidos el 44.7 % fueron pacientes paliativos oncológicos y 65.3% no oncológicos, en relación a los

síntomas hubo mayor probabilidad de disnea en los pacientes paliativos no oncológicos, y en pacientes oncológicos el dolor fue el síntoma mas frecuente.

A.M. Antolinez, P. Pérez, B. Molina y D. López, publican en Bogotá Colombia en el año 2017, un estudio descriptivo de corte transversal para determinar la prevalencia y las características de consumo de medicamentos opioides, en donde la prevalencia de consumo fue de 61.4%, siendo más frecuentes en mujeres que en hombres, la indicación más común para la prescripción de opioides fue el dolor agudo. El principal opioide utilizado fue el tramadol (82.9%), seguido de morfina (16.4%).

En México, existen tres estudios del Instituto Nacional de Cancerología relacionados con la epidemiología del dolor por cáncer. Romero, en 1988, reportó en un trabajo con 190 pacientes de nuevo ingreso, que 90 (47%) refirieron dolor, y en 63 (33%) el síntoma se relacionó con el tumor. El dolor más intenso lo presentaron los pacientes con cáncer de pulmón, ovario y/o linfoma, pero sólo el 53% recibió tratamiento antiálgico. Allende, en 1996, presentó un estudio realizado a 100 pacientes con algún tumor maligno, donde el 89% experimentó dolor. En 2002, Reyes Chiquete estudió a 952 pacientes oncológicos hospitalizados, donde 292 (32,7%) presentaron dolor; de los cuales el 44,3% era crónico, el 37,2% agudo postquirúrgico, 10,6% oncológico agudizado, 3,2% no oncológico, 2,9% crónico no oncológico y 1,6% oncológico crónico agudizado. El 61,2% de los pacientes estaban bajo control. La mayor neoplasia registrada con dolor fue la de cáncer cérvico-uterino con un 17%; el mayor número de pacientes internados se encontró en oncología médica (19%); de acuerdo con la terapéutica establecida, el 73% recibió algún tipo de AINE, el 40% opioides y el 41% adyuvantes. El mayor efecto adverso por terapia farmacológica fue constipación intestinal

En Nicaragua, Inicialmente la atención de cuidados paliativos fue prestada en el Hospital Manuel de Jesús Rivera “La Mascota” por los pediatras Fulgencio Báez, Enrique Ocampo y Roberta Ortiz en el 2007, se forma la unidad de dolor y cuidados paliativos en el sector publico pero cierra en el 2010.

En el 2009 se forman las unidades de oncología de los hospitales del instituto nicaragüense de seguridad social (INSS) y en el 2010 el ministerio de salud publicó la Norma de cuidados paliativos, Protocolos para los cuidados paliativos. El Hospital Bertha Calderón tiene conformado un comité de Cuidados Paliativos el cual ya ha venido trabajando, todavía no cuenta con una estructura.

Pastrana et al. En el año 2012 publicó en el Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica, que en Nicaragua no había acreditación oficial ni proceso en marcha para certificar a los médicos dedicados a los cuidados paliativos.

En el 2016 M. Huerta, J. Humaña, A. Vanegas. Realizaron un estudio acerca de la humanización de los cuidados paliativos brindados por el personal de enfermería a los pacientes de cuidados intensivos del HRCG, cuyo propósito fue narrar las variables acerca de la humanización de cuidados paliativos, brindados por enfermería siendo estas relación enfermero paciente al brindar los cuidados, actitud moral y ética que posee el personal de enfermería y manejo específico que tiene el personal sobre el dolor de los paciente en uci.

Blandón G. en enero de 2018 realizó un estudio descriptivo de corte transversal sobre la correlación interobservador de las escalas funcionales en pacientes oncológicos hospitalizados en la sala de hematoncología del Hospital escuela Dr. Roberto Calderón Gutierrez, los datos reportados en este estudio estima la frecuencia según la localización del cáncer ocupando el primer lugar el cáncer de estómago con un 16.7%, seguido del cáncer colono rectal con un 12.1% y el cáncer de cabeza y cuello con un 10.6%, también se demostró que existe moderada concordancia interobservador en la aplicación de la escala de karnofky como instrumento de estimación del estado funcional de pacientes con tumores sólidos y linfomas en los pacientes hospitalizados.

III. JUSTIFICACIÓN

En “*The World Cancer Report*” se considera que la cifra global del cáncer puede aumentar en un 50 % en los próximos años. De los 10 millones de nuevos casos en el año 2000, se pasará a los 15 millones en 2020. La situación con relación al cáncer varía según donde se viva; así, en los países ricos las posibilidades de ser diagnosticado de cáncer son más del doble que en las naciones menos desarrolladas donde se detectan tarde, hasta un 80% en fases avanzadas cuando ya son sólo susceptibles de tratamiento paliativo. (Astudillo Alarcón, 2009).

En Nicaragua disponemos de un plan nacional de lucha contra el cáncer que incorpora el componente de los cuidados paliativos. Sin embargo este no ha sido implementado de tal forma que proporcione a los pacientes oncológicos el acceso adecuado que permita la paliación óptima

El manejo del dolor oncológico severo todavía es un reto, ya que están infra diagnosticados e infra tratados en muchas ocasiones. Para conseguir un adecuado control de ambos se precisa, además de su correcto conocimiento y completa evaluación por lo tanto es necesario que en países como el nuestro, se realicen estudios que nos permitan conocer Cuál es el Manejo del Dolor oncológico en pacientes con neoplasias sólidas, a fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes, controlar o reducir el dolor para ayudar a pacientes y familiares a sobrellevar la carga.

En el Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutierrez no hay documentación sobre la evaluación y manejo del dolor oncológico en la clínica de cuidados paliativos. Es necesario identificar el manejo y evolución del dolor que tuvieron los pacientes, de forma que con este estudio se contribuirá a la atención integral de los pacientes con cáncer especialmente para aquellos que se encuentran en fases avanzadas y con pocas posibilidades de curación.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En enero de 2018 fue creada la clínica de cuidados paliativos del hospital Dr. Roberto Calderón Gutiérrez, el cual es el centro de referencia nacional para las enfermedades hematológicas, estadísticas reportan más de 700 atenciones en la clínica de cuidados paliativos para finales del año pasado, con un consumo de morfina mensual entre 2300 a 2600 tabletas. Datos de estudios epidemiológicos destacan la elevada prevalencia el dolor en pacientes con neoplasias sólidas, el cual es un reto en el manejo, ya que están infra diagnosticados e infra tratados en muchas ocasiones, por lo tanto se plantea el siguiente problema:

¿Cuál fue el Manejo del Dolor oncológico y calidad de vida en pacientes con neoplasias sólidas atendidos en la clínica de cuidados paliativos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez de octubre a diciembre de 2018?

V. OBJETIVOS

1) Objetivo General:

Determinar el Manejo del Dolor oncológico y calidad de vida en pacientes con neoplasias sólidas atendidos en la clínica de cuidados paliativos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez de octubre a diciembre de 2018.

2) Objetivos Específicos:

- a) Identificar las características Sociodemográficas de la población en estudio.
- b) Determinar los condicionantes de la salud actual de los pacientes con neoplasias sólidas.
- c) Describir los aspectos físicos en la evaluación del dolor que determinan la calidad de vida de los pacientes.
- d) Reconocer la terapéutica médica implementada para el manejo del dolor.

VI. MARCO TEÓRICO

Cada año se diagnostican aproximadamente nueve millones de personas con cáncer. El dolor es uno de los síntomas más comunes en este tipo de población. Su fisiopatología es múltiple y va desde el síntoma doloroso causado por la propia enfermedad, hasta el relacionado a procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos.

Los cuidados paliativos (CP) constituyen un modelo de actuación sanitaria que intenta mejorar o mantener la calidad de vida de los pacientes con un padecimiento avanzado y progresivo no susceptible de curación, mediante la identificación temprana y el tratamiento más adecuado del dolor y de otros síntomas. Al mismo tiempo, se da apoyo a sus familias antes y después de su muerte. El tratamiento del dolor evita el sufrimiento inútil, procura el alivio y mejora la calidad de vida de todos los enfermos portadores de dolor crónico mantenido durante largos períodos e incluso toda la existencia. Estos programas hacen realidad varios derechos de los enfermos: a ser aliviados de su sufrimiento, a tener el mayor bienestar alcanzable, y a vivir con la mayor dignidad posible sus últimos días. (Astudillo Alarcón, 2009).

Muchos países sudamericanos no satisfacen las demandas de CP y se considera que sólo los reciben entre el 5 y el 10% de los enfermos que los necesitan; que más del 90% de servicios paliativos está en las grandes ciudades, y que más del 50% de pacientes no puede pagar los servicios o la medicación. El 80% de las naciones no los reconocen como una disciplina y no los incluyen en los sistemas sanitarios públicos o privados. Sólo Chile, Costa Rica y Cuba tienen programas nacionales de CP.

VI.1 Cuidados Paliativos

La Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos como un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan los problemas asociados a la enfermedad peligrosa para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana

y acertada evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicosociales y espirituales. (López J, 2018).

En este sentido, los cuidados paliativos se enfocan en: Proporcionar alivio para el dolor y otros síntomas angustiantes; afirmar el morir como un proceso normal y como parte de la vida; intentar no acelerar o aplazar la muerte; integrar los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente; ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte; ofrece un sistema de apoyo para ayudar a la familia a enfrentar la enfermedad de los pacientes y su propio duelo; utilizar un enfoque de equipo para atender las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo el asesoramiento del duelo, de ser necesario; mejorar la calidad de vida y si se puede, influir también positivamente en el curso de la enfermedad.

El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. Es primordial el control del dolor y otros síntomas, y la provisión de apoyo psicológico, social y espiritual.

VI.1.1 Definiciones. (Medicine, 2013)

- **Guía NICE:** Define los CP como “la asistencia integral del paciente en situación avanzada, progresiva de su enfermedad”.
- **Organización Mundial de la Salud** Define los CP como “el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”. Considera que el equipo sociosanitario debe aproximarse a los enfermos y a sus familiares con el objetivo de responder a sus necesidades, y enumera las siguientes características de los CP:

1. Proporcionan el alivio del dolor y de otros síntomas que producen sufrimiento.
 2. Promocionan la vida y consideran la muerte como un proceso natural.
 3. No se proponen acelerar el proceso de morir ni retrasarlo.
 4. Integran los aspectos psicosociales y espirituales en los cuidados del paciente.
 5. Tienen en cuenta el soporte y los recursos necesarios para ayudar a los pacientes a vivir de la manera más activa posible hasta su muerte.
 6. Ofrecen apoyo a los familiares y a los allegados durante la enfermedad y el duelo.
 7. Mejoran la calidad de vida del paciente.
 8. Se aplican desde las fases tempranas de la enfermedad junto con otras terapias dirigidas a prolongar la vida (como la quimioterapia, radioterapia, etc.).
 9. Incluyen también las investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.
- **Según la sociedad europea de cuidados paliativos** “Los CP son el cuidado total y activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. Para hacer CP es primordial el control del dolor y de otros síntomas y de los problemas psicológicos, sociales y espirituales

VI.1.2 Organización de Cuidados Paliativos (Norma de cuidados paliativos, 2010)

Todo establecimiento de salud donde se atienden pacientes que presentan enfermedades en etapa terminal debe disponer de un espacio para el servicio de cuidados paliativos.

A. Recursos Humanos Involucrados en la Atención de Cuidados Paliativos:

Idealmente se deberá contar con: Médico con entrenamiento en cuidados paliativos, Odontólogo, Personal de enfermería, Nutricionista, Psicólogo, Trabajador social, Rehabilitador, Voluntarios: o Guía Espiritual U Organizaciones civiles y no gubernamentales o Líderes comunitarios.

Como mínimo se acepta: Médico, Personal de enfermería, Trabajador social.

B. Bases de la terapéutica en pacientes terminales:

1. Atención integral, que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Forzosamente se trata de una atención individualizada y continuada.
2. El enfermo y la familia son la unidad a tratar. La familia es el núcleo fundamental del apoyo al enfermo, adquiriendo una relevancia especial en la atención domiciliaria. La familia requiere medidas específicas de ayuda y educación.
3. La promoción de la autonomía y la dignidad al enfermo tienen que regir en las decisiones terapéuticas. Este principio sólo será posible si se elaboran "con" el enfermo los objetivos terapéuticos.
4. Concepción terapéutica activa, incorporando una actitud rehabilitadora y activa que nos lleve a superar el "no hay nada más que hacer". Nada más lejos de la realidad y que demuestra un desconocimiento y actitud negativa ante esta situación.
5. Tomar en cuenta la importancia del "ambiente". Una "atmósfera" de respeto, bienestar, soporte y comunicación influyen de manera decisiva en el control de síntomas. La creación de este ambiente depende de las actitudes de los profesionales de la salud, la familia y la comunidad, así como de medidas organizativas que proporcionen la seguridad y promoción de la comodidad del enfermo.

C. Instrumentos básicos para mejorar la calidad de vida

1. Control de síntomas: Saber reconocer, evaluar y tratar adecuadamente los numerosos síntomas que aparecen y que inciden directamente sobre el bienestar de los pacientes. Mientras algunos se podrán controlar (dolor, disnea, etc.), en otros será preciso la promoción de la adaptación del enfermo a los mismos (debilidad, anorexia, etc.).
2. Apoyo emocional y comunicación con el enfermo, familia y equipo terapéutico, estableciendo una relación franca y honesta.
3. Cambios en la organización, que permitan el trabajo interdisciplinar y una adaptación flexible a los objetivos cambiantes de los enfermos.
4. Equipo interdisciplinario, ya que es muy difícil planear los cuidados paliativos sin un trabajo en equipo que disponga de espacios y tiempos específicos para ello, con formación específica y apoyo adicional.
5. Adoptar una actitud adecuada ante esta situación, a menudo límite para el propio enfermo, familia y equipo terapéutico.

VI.2 Dolor oncológico

VI.2.1 Epidemiología (Vivian Zas, 2013)

Cuatro millones de personas sufren de dolor por cáncer cada día, su prevalencia oscila entre 52-82%, siendo entre 40-50% de moderada a severa intensidad y de 25-30% insoportable; aumenta con la edad llegando a 42,6% en las personas de más de 65 años. Es una de las principales manifestaciones clínicas del paciente con cáncer. La OMS estima que 30% de los pacientes con cáncer presentan dolor mientras reciben tratamiento activo y de 60-90% lo sufren en la etapa avanzada de la enfermedad. Cada año se diagnostican 17 millones de nuevos casos de cáncer y cinco millones de muertes por dicha causa.

VI.2.2 Definición de dolor (López J, 2018).

El 18 de mayo de 2016 se presentó en la revista “*Pain*” la nueva definición de dolor aceptada por la Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP): “El dolor es una experiencia angustiosa asociada a un daño tisular real o potencial, con componentes sensoriales, emocionales, cognitivos y sociales”. (López J, 2018).

La nueva definición se plantea como más completa al describir el dolor como una experiencia angustiosa e inquietante. Además, recoge los componentes emocionales y sensoriales que ya habían sido reconocidos desde los años noventa por la IASP y resalta los aspectos cognitivos y sociales que hasta ahora habían estado ausentes de la definición y que proporcionan una dimensión más comprensiva y amplia del dolor.

De acuerdo con Williams y Craig, esta nueva definición tiene como objetivo promover una mejor investigación científica y un cuidado de la salud óptimo y generar el interés por desarrollar estrategias de investigación e intervención que permitan ir más allá de la queja sobre el dolor, que según afirman, es una característica política y retórica importante, pero distractora de la definición clásica del dolor.

En 1964, *Cicely Saunders* desarrolla el concepto de dolor total recogiendo la experiencia del trabajo con pacientes terminales, en cuyas historias identifica vivencias de sufrimiento físico, mental, social, emocional y espiritual. Al proponer este término, Saunders plantea un estilo de trabajo que pone en el centro del quehacer del clínico la subjetividad y la particularidad del paciente que padece dolor, en especial, si este dolor acompaña su tránsito hacia la muerte.

Para que el dolor no se convierta en el centro de la vida del paciente, el clínico debe poner en el centro de su atención a la persona. En el caso del paciente con cáncer avanzado, en algunos casos de sida y en la fase terminal de otras

enfermedades, este concepto describe el dolor como un fenómeno complejo, en donde es importante identificar la experiencia del enfermo desde el concepto de 'sufrimiento' que, de acuerdo con Saunders, es una experiencia que "le sucede a las personas y no a los cuerpos". El sufrimiento es una categoría que permite redimensionar el dolor en múltiples aspectos:

- **Dolor físico:** se hace presente en la experiencia sensorial de percepción de un daño tisular real o potencial. Los pacientes con cáncer presentan dolor en el 60% de los casos cuando se encuentran en tratamiento activo, en enfermedad avanzada en un 65%, en fases finales o terminales de la enfermedad un 90% y en sobrevivientes de esta enfermedad en un 33%. El 70% de los pacientes relaciona de forma directa que el dolor no controlado empeora su calidad de vida, sumado a otros síntomas que pueden estar relacionados con efectos adversos de los tratamientos o de su patología en sí, como el insomnio, la fatiga crónica, la ausencia de apetito sexual, entre otros.
- **Dolor social:** se evidencia en la preocupación del paciente por su familia, finanzas, pérdida de trabajo prestigio laboral, posición social perdida del rol familiar y por ende miedo al abandono y aislamiento.
- **Dolor psicológico:** se presenta por enojo por fracasos terapéuticos, retraso en los diagnósticos, alteración de la imagen corporal, ineficiencia y dificultades de acceso a los servicios de salud, miedo al dolor a la muerte y sentimiento de desesperanza, que viven todos los pacientes independientes de la etapa de su patología.
- **Dolor espiritual:** se produce por los interrogantes que el paciente puede llegar a hacerse independiente de si tiene o no una creencia religiosa o del tipo de doctrina religiosa con la que se identifique: ¿Por qué me pasa esto a mí? ¿Por qué Dios permite que esto me suceda? ¿Seré perdonado por mis

faltas previas? ¿Me lo merezco como castigo a mis actos? La espiritualidad es diferente a religiosidad, los principios de los cuidados paliativos reconocen una dimensión espiritual o trascendente que deriva del impulso humano intrínseco de encontrar un significado y un deseo casi universal de lograr un cierto sentido a la propia vida en relación con otras personas y el mundo. Esta engloba los aspectos de la experiencia de cada persona, de sus creencias y de sus relaciones que tienen una importancia inherente y una conexión sentida con algo mayor en lo que se puede creer.

VI.2.3 Taxonomía del dolor

En general, se puede clasificar el dolor según diferentes aspectos: su cronicidad, su etiología o su fisiopatología, aunque en los pacientes con dolor crónico maligno las clasificaciones más útiles son la etiológica y la fisiopatológica, ya que nos sirven también para orientar el tratamiento, puesto que algunas causas tienen tratamiento específico. (Medicine, 2007)

El dolor oncológico es un dolor crónico provocado por la presencia de un cáncer o secundario a su tratamiento. Es lo que en la historia clínica se refleja como dolor basal, y se trata de un dolor continuo que precisa una medicación pautada, no a demanda, por lo general en dosis progresiva.

Existen clasificaciones que toman en cuenta diferentes aspectos de los síndromes dolorosos, como son intensidad, duración, topografía, características neurofisiológicas, factibilidad de tratamiento, entre otras, que tratan de acercarse al entendimiento del dolor. (Reyes Chiquete, 2011)

- **Intensidad:** es la característica más reportada del dolor y la forma más simple de clasificarlo. Se sugiere el empleo de escalas unimodales y multimodales, como la Escala Verbal Análoga (EVERA) y Escala Visual Análoga (EVA).

- **Duración:** dependiendo de la duración, el dolor se clasifica en agudo o crónico. El Comité de Taxonomía de la IAPS considera dolor crónico a aquel que tiene una duración mayor de tres meses. Este tipo de dolor se caracteriza por modificarse de acuerdo a la respuesta adaptativa fisiológica, además, de tener escaso o nulo efecto vegetativo y acompañarse de un significativo componente psicoafectivo. La duración del dolor agudo es menor de tres meses, con una importante respuesta neurovegetativa y neuroendocrina.
- **Características neurofisiológicas:** esta clasificación se basa en la inferencia para el dolor. Hay dos tipos fundamentales: nociceptivo y neuropático. El dolor nociceptivo se divide a su vez en somático y visceral. El somático se presenta por afección de partes blandas y óseas, generalmente está bien localizado y se describe como punzante, agudo, pulsante o compresivo. Mientras que el dolor nociceptivo visceral involucra órganos y estructuras internas, es difuso y se percibe en áreas mayores, es descrito como punzante, profundo o palpitante, de presentación aguda si están involucradas las cápsulas de los órganos.

El dolor neuropático es causado por una lesión en el sistema nervioso central o periférico, tiene un alto grado de complejidad y se define con frecuencia por presentarse en ausencia de daño tisular agudo concurrente o progresivo. Su intensidad puede ir de leve a severa o incapacitante, esta última variedad puede incluso impulsar a quien la padece al suicidio. Se caracteriza por ser disestésico, quemante, urente, paroxístico, con déficit sensorial y respuesta anormal a estímulos: alodinia e hiperpatía.

El dolor central se presenta en pacientes con daños en el sistema nervioso central, como secuelas de accidentes cerebrovasculares, hiperpatía talámica

o miembro fantasma. Es un dolor espontáneo, sin causa determinada, urente, punzante o continuo, de moderada a severa intensidad.

El dolor somatoforme, también denominado psicógeno, se caracteriza porque el paciente siente dolor, sin etiología orgánica, por lo que se llega a él con diagnósticos de exclusión, generalmente asociado a ganancias secundarias

Dolor al final de dosis: exacerbaciones de dolor que aparecen típicamente al final del intervalo de dosificación, justo antes de la toma de la siguiente dosis de analgésico.

Dolor incidental: dolor ligado a un estímulo voluntario, como el movimiento, o involuntario, como las funciones corporales.

Dolor irruptivo: dolor de aparición espontánea y de causa idiopática, no ligado a una pauta analgésica determinada, ni a funciones o movimientos corporales.

El cáncer se caracteriza por tener progresión espontánea, lo que causa varios síntomas, entre ellos el dolor. Así, en el área oncológica se han llevado a cabo numerosas investigaciones sobre la oncogénesis y proliferación tumoral, además de que también se ha avanzado en el estudio, diagnóstico y tratamiento del dolor por cáncer. Se estima que el 30% de los pacientes con cáncer se diagnostican en etapa temprana y el 70% tardíamente. De los pacientes oncológicos, el 58% presenta dolor, y de estos, el 33% refiere un solo tipo de dolor, otro 33% dos tipos y el restante 33% presenta tres o más tipos de dolor

VI.2.4 Valoración del dolor oncológico

Para determinar la intensidad del dolor nos podemos ayudar de escalas con el objetivo de evaluar, reevaluar y permitir comparaciones en la percepción del dolor

antes, durante y después de un plan terapéutico, determinando así su eficacia. Existen distintas escalas de medición, entre las cuales la Escala Visual Analógica, la escala numérica, escalas descriptivas simples o la escala de expresión facial son de las más utilizadas. (Medicine, 2017)

VI.2.5 Escalas de valoración del dolor (Khosravi, 2007)

Las escalas de valoración del dolor son métodos clásicos de medición de la intensidad del dolor, y con su empleo podemos llegar a cuantificar la percepción subjetiva del dolor por parte del paciente. Con ello, podemos ajustar de una forma más exacta el uso de los fármacos analgésicos. Puesto que, recientemente se recomienda obviar el paso escalonado de los analgésicos, establecido por la OMS, en los casos en los que los pacientes refieran un dolor severo de inicio. Así se debería de iniciar directamente con el tercer escalón de la analgesia sin necesidad de ensayar los dos escalones previos con el objetivo de evitar períodos de dolor mal controlado.

Estas escalas de valoración del dolor oncológico son generalmente de fácil manejo y entendimiento por parte de los pacientes, con lo que se recomienda su utilización en la práctica clínica diaria. Existen diferentes escalas de valoración del dolor:

- **Escalas verbales o de descriptores verbales:** Mediante el uso de estas escalas se evalúan la intensidad del dolor y el grado de mejoría que experimenta el paciente oncológico, a partir de palabras que expresan diversos grados de intensidad, bien sea en orden decreciente o bien creciente. El número de niveles puede variar de 4 a 15.
- **Escala gráfica:** Se trata de una escala analógica visual en la que se indican números o adjetivos a lo largo de una línea, definiendo diversos niveles de intensidad del dolor. Este tipo de escala también puede utilizarse para comprobar el grado de efectividad del tratamiento.

- **Escala analógica visual (EVA):** Esta escala de dolor fue ideada por Aitken en 1969, y consiste en una línea horizontal o vertical de 10 centímetros de longitud, cuyos extremos están señaladas con los términos “no dolor” y “dolor insoportable”. Y es el paciente el que colocará la cruz en la línea en función del dolor que experimente. La EVA también puede ser usado para valorar la respuesta al tratamiento analgésico.
- **Escala de círculos y colores:** Evalúa la intensidad del dolor en correspondencia con la de los colores de los círculos.
- **Escala abreviada de rostros:** Es la indicada en niños y pacientes con alteraciones cognoscitivas importantes (demencia).
- **Escala de Anderson:** Se utiliza principalmente en los pacientes con bajo nivel de conciencia, va del 0 al 5 según los siguientes ítems: 0: no dolor; 1: no dolor en reposo, ligero dolor en la movilización o con la tos; 2: dolor ligero en reposo, moderado en la movilización o con la tos; 3: dolor moderado en reposo, intenso en la movilización o con la tos; 4: dolor intenso en reposo, extremo en la movilización o con la tos; 5: dolor muy intenso en reposo.

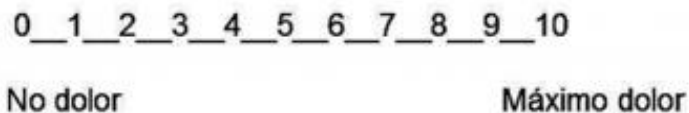


Figura 1. Escala numérica de intensidad del dolor.

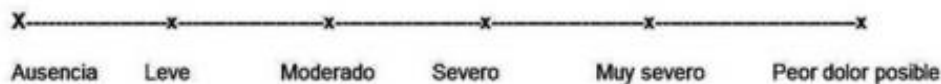


Figura 2. Escala descriptiva simple de intensidad del dolor.

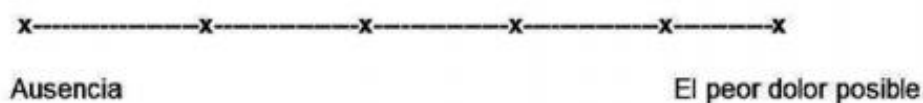


Figura 3. Escala visual analógica.



Figura 4. Escala de círculos y colores.

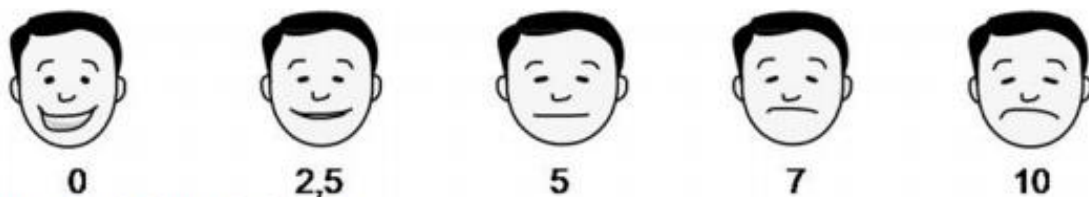


Figura 5. Escala abreviada de rostros.

VI.2.6 Tratamiento farmacológico del dolor (Robles, 2005)

El tratamiento farmacológico es más efectivo cuando se combina con estrategias no farmacológicas. La elección del fármaco adecuado se hará en función del tipo de dolor y de su intensidad, así como de las necesidades individuales del paciente y de la experiencia del profesional.

Ante un paciente mayor tratado por primera vez de dolor persistente, se debe comenzar con el fármaco con mejor perfil de tolerabilidad, menos potente y con la

menor dosis necesaria. Se le deberá controlar frecuentemente y subir la dosis, cambiar de fármaco si no es suficiente y/o asociar otros, siguiendo las recomendaciones de la escalera analgésica de la OMS, con algunas consideraciones en esta población:

Primer escalón: (fármacos no opiáceos). Los no opioides son generalmente la primera línea de terapia para el dolor leve a moderado. En el mayor, es preferible comenzar con paracetamol hasta dosis máximas (1 g/6 h). Dosis mayores no se asocian con mayor analgesia y pueden ser tóxicas. El metamizol posee un efecto relajante de la musculatura lisa, lo que lo hace útil en el dolor de tipo cólico. El riesgo de hemorragia gastrointestinal es comparable al presentado por paracetamol, es decir, bajo. No obstante, debe ser utilizado con precaución por su acción en la médula ósea.

Los demás antiinflamatorios no esteroideos (AINE) están más indicados como coadyuvantes, para el dolor por metástasis óseas o para tratamientos de corta duración y siempre con gastroprotección. Cuando haya indicación de utilizar un AINE, por ejemplo en el dolor por metástasis óseas, debemos considerar los derivados del ácido propiónico (ibuprofeno, naproxeno...), ya que tienen menos efectos secundarios.

También disponemos de los inhibidores preferenciales de la COX-2 (meloxicam, nimesulida, nabumetona) y de los inhibidores selectivos de la COX-2 (celecoxib, rofecoxib, valdecoxib, parecoxib). Los inhibidores selectivos de la COX-2 son más seguros en cuanto a morbilidad gastrointestinal y no producen ningún efecto antiplaquetario. Sin embargo, revisiones recientes de 3 grandes ensayos clínicos, diseñados para estudiar la eficacia de diferentes inhibidores selectivos de la COX-2 en una variedad de indicaciones, muestran un aumento del riesgo cardiovascular con la utilización de celecoxib, rofecoxib y valdecoxib.

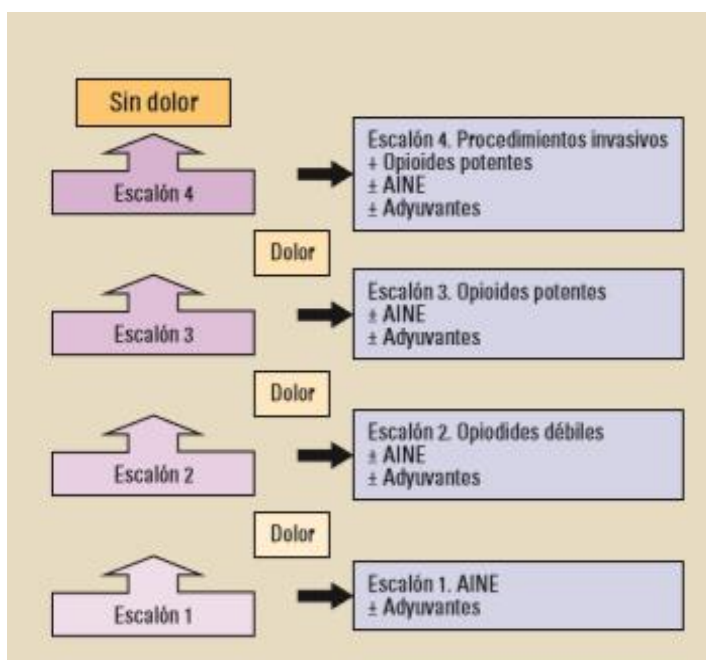
Se debería evitar el uso de AINE para tratar a pacientes que requieren analgesia diaria a largo plazo, salvo que se refiera en particular a los cuidados al final de la vida. Tampoco debemos asociar 2 AINE, ya que no aumentamos su potencia analgésica, y sólo se consigue solamente aumentar los efectos secundarios. El margen de seguridad entre los niveles terapéutico y tóxico de los AINE es más estrecho en el mayor. Los AINE pueden producir reacciones alérgicas, hemorragias gastrointestinales, aumento del tiempo de coagulación, insuficiencia cardíaca congestiva, afección renal y cuadros confusionales.

Todos los AINE pueden tener efectos colaterales en el sistema nervioso central, aunque la indometacina es la más propensa a causar depresión y confusión. Los pacientes en tratamiento con AINE a largo plazo deben ser periódicamente valorados de síntomas y signos de hemorragia gastrointestinal, insuficiencia renal, edema, hipertensión e interacciones.

Segundo escalón: (fármacos opiáceos menores). Los opiáceos menores más utilizados en nuestro medio son la codeína y el tramadol. La codeína está disponible combinada con ácido acetilsalicílico (AAS) o paracetamol, si bien estas mezclas no están recomendadas. Al comienzo, es mejor titular la dosis adecuada con precisión. Los efectos secundarios más frecuentes son las náuseas, el estreñimiento y la sedación. El tramadol tiene eficacia y seguridad similares a dosis equianalgésicas de codeína, pero el estreñimiento es menos frecuente. Puede administrarse por vía oral, rectal, subcutánea, intramuscular, intravenosa y espinal. Es de gran utilidad la presentación en solución, sobre todo al inicio del tratamiento, para comenzar con dosis bajas y subir cada 24-48 h hasta alcanzar la dosis óptima.

Tercer escalón: (fármacos opiáceos mayores). Los mayores requieren dosis menores de opiáceos para obtener el mismo grado de analgesia, la duración del efecto analgésico aumenta (disminución del volumen de distribución, insuficiencia renal, alteraciones farmacodinámicas, etc.) y tienen más propensión a que se desarrollen efectos secundarios como depresión respiratoria, supresión de la tos,

estreñimiento y confusión. Todo ello obliga a iniciar el tratamiento con opiáceos a dosis menores de las habituales y aumentar la dosis de forma más paulatina. Aun así, por tratarse de una población muy heterogénea, la dosis óptima y los efectos secundarios son difíciles de predecir.



En la actualidad disponemos de morfina oral de liberación inmediata y retardada, buprenorfina y fentanilo en forma de administración transdérmica, metadona en administración oral, fentanilo en administración transmucosa oral y oxicodona oral de liberación retardada.

La morfina es el opiáceo de elección (agonista puro). La buprenorfina es un agonista parcial 30 veces más potente que la morfina y menos capaz de causar depresión respiratoria. El parche de buprenorfina se puede cortar por la mitad sin pérdida de eficacia. Esto permite obtener la dosis mínima eficaz, en muchos casos inferior a 15 mg de morfina/24 h, con concentraciones constantes todo el día y administración cada 72 h por vía transdérmica.

El fentanilo tiene menos efectos secundarios, sobre todo vómitos y estreñimiento, y mayor potencia analgésica que la morfina. El fentanilo transdérmico comienza su

acción a las 12 h de su aplicación y acaba a las 12 h de retirarlo. No debe utilizarse para conseguir una analgesia rápida y, en general, no es la primera opción para pacientes que toman opiáceos por primera vez, por la dificultad de ajustar la dosis con precisión, si bien ya disponemos de parches de fentanilo que se pueden cortar.

En general, los opiáceos de administración transdérmica son de gran utilidad en el mayor por su seguridad (no hay picos plasmáticos), biodisponibilidad adecuada (sin primer paso hepático), comodidad de aplicación (cada 72 h) y posibilidad de administrar dosis bajas equivalentes a aproximadamente 15 mg de morfina en 24 h.

TABLA 2. Dosis equivalentes de opiáceos²⁹

<i>Opiáceo</i>	<i>Potencia v a oral</i>	<i>Potencia v a intravenosa</i>	<i>Duración de la acción</i>
Morfina sulfato rápida	1		4 h
Morfina sulfato retardada	1		12 h
Cloruro mórfico	1	2 (s.c.) y 3 (i.v.)	4 h
Tramadol	1/5	1/10 MIV	4-6 h
Metadona	1 a 20	1 a 20 MIV	4-24 h
Buprenorfina	60-80 s.l.	30 a 40 MIV	6-8 h
Fentanilo parenteral	...	80-100 MIV	30-60 min
CFOT	20	10 MIV	2 h

CFOT: citrato de fentanilo oral transmucoso; i.v.: intravenosa; MIV: morfina intravenosa; s.c.: subcutánea; s.l.: sublingual.

VI.2.7 Fármacos Coadyuvantes

Son fármacos con otras indicaciones específicas que se utilizan para potenciar los efectos analgésicos de los opiáceos y los AINE, para minimizar los efectos adversos de éstos y/o para el tratamiento sintomático de ciertos síndromes dolorosos (neuralgias posherpética, del trigémino y del glossofaríngeo, polineuropatía diabética, dolor de miembro fantasma, síndrome de atrapamiento, lesiones medulares y lesiones miofasciales, etc.).

La benzodiazepina y los neurolepticos no se deben utilizar como analgésicos en la vejez, excepto si el dolor se relaciona con ansiedad, reacciones psicóticas o cuadros confusionales, y también se debe extremar las precauciones con la utilización de tricíclicos, en particular amitriptilina, por el elevado riesgo de efectos adversos no tolerables en los mayores.

Antidepresivos

Alivian el dolor persistente de las neuralgias pos herpéticas, neuropatía diabética, cefaleas, dolor lumbar crónico, dolor talámico, dolor facial y dolor de miembro fantasma, entre otros. Su eficacia analgésica parece ser independiente de su acción antidepresiva. El bloqueo de la recaptación de serotonina y noradrenalina explican, en parte, su eficacia analgésica. La elección y la dosis de los antidepresivos deben ser individualizadas.

Los antidepresivos más eficaces en el tratamiento del dolor neuropático son los tricíclicos. Su utilización en el anciano está limitada por sus efectos anticolinérgicos, mayores con la amitriptilina que con la nortriptilina o la desipramina. Son mejor tolerados los nuevos antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (citalopram, sertralina, paroxetina, fluoxetina, fluvoxamina) y los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (venlafaxina). Sin embargo, revisiones sistemáticas han demostrado que los antidepresivos tricíclicos son más eficaces que los inhibidores de la reabsorción de serotonina en el tratamiento del dolor neuropático.

Anticomiciales

Los anticonvulsivos (carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, ácido valproico y clonazepam, y más recientemente gabapentina, pregabalina, lamotrigina y topiramato) son utilizados para el tratamiento del dolor neuropático. En el mayor la gabapentina se considera fármaco de elección para el control del dolor neuropático frente a los antidepresivos y a la carbamazepina, por su mejor tolerabilidad. El principal efecto secundario es la sedación. Sobre la lamotrigina y el topiramato se han comunicado resultados similares en cuanto a su eficacia. Benzodiazepinas Carecen de actividad analgésica específica. Se utilizan como ansiolíticos, hipnóticos o relajantes musculares. En el mayor se recomiendan las

benzodiazepinas de vida media corta o muy corta (lorazepam, oxazepam, midazolam).

Corticoides

Alivian el dolor óseo, el relacionado con la compresión nerviosa o de la médula espinal o la cefalea por aumento de la presión intracraneal debido a edemas peritumorales. Por su efecto euforizante, se aconseja aplicarlos por la mañana, evitando la noche para no producir insomnio.

TABLA 4. Analgésicos coadyuvantes³²

<i>Fármaco</i>	<i>Indicación</i>	<i>Dosis inicial</i>	<i>Comentarios</i>
Nortriptilina. Desipramina	Dolor neuropático. Trastornos del sueño	10-25 mg	Mayor riesgo de efectos adversos en los mayores: cardiovasculares, neurológicos, etc. Subir lentamente la dosis
Carbamazepina	Dolor lancinante	100 mg	Subir lentamente. Vigilar hemograma, función hepática e hiponatremia. Riesgo de ataxia y caídas
Gabapentina	Dolor neuropático	300 mg	Subir lentamente. Efectos adversos idiosincrásicos. Somnolencia, vértigo
Clonazepam	Dolor neuropático	0,25 a 0,5 mg	Riesgo de ataxia y caídas
Baclofeno	Dolor neuropático. Espasmos musculares	5 mg	Retención urinaria. No interrumpirlo bruscamente
Prednisona	Inflamación	2,5 a 5 mg	Hiperglucemia, osteoporosis
Capsaicina	Dolor neuropático	Tópica, 4 veces al día	Vacia los nervios de sustancia P; produce analgesia local. Inicialmente puede aplicarse lidocaína en pomada, para evitar la sensación de quemazón

VI.3 Calidad de vida (Torre, 2008)

La calidad de vida es un término descriptivo que hace referencia al bienestar emocional, social y físico de la población y a su capacidad funcional en la actividad diaria. La Organización Mundial de la Salud, define la calidad de vida como: "la percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en el que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses". Se trata de un concepto amplio, complejo, afectado por una serie de factores de la vida del sujeto como la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, la relación con los hechos más sobresalientes de su entorno y la espiritualidad, religión y creencias personales.

Por lo tanto para una valoración completa de los beneficios producidos por un determinado tratamiento, es esencial medir su impacto en el estado de salud del paciente, lo que se denomina calidad de vida relacionada con la salud.

La calidad de vida relacionada con la salud es una interpretación subjetiva del paciente, de su satisfacción vital, de la repercusión de la enfermedad en su dinámica de vida, y de los efectos secundarios que conlleva el tratamiento.

Se pueden diferenciar dos dimensiones importantes en la calidad de vida relacionada a la salud, una funcional, que incluye las actividades diarias, como el cuidado de uno mismo (bañarse, vestirse, comer, etc.), los trabajos remunerados o no (la actividad ocupacional, las labores de la casa, etc.) y las relaciones sociales con la familia o los amigos; y otra subjetiva, que es el sentimiento de "cómo se encuentra uno mismo", es decir, si la persona se siente feliz o triste, si se encuentra apagado o con mucha energía, tanto si está con dolor o sin él. La funcionalidad es una variable relativamente objetiva que la podemos medir y comparar con otros datos, mientras que los sentimientos son más subjetivos, en la medida en que responden a las percepciones íntimas del individuo.

La práctica médica tiene como meta preservar la calidad de vida a través de la prevención y el tratamiento de las enfermedades. En este sentido, las personas con enfermedad crónica requieren evaluaciones con relación a la mejoría o al deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida. Una aproximación válida para su medición se basa en el uso de cuestionarios, los cuales ayudan a cuantificar en forma efectiva problemas de salud.

Existen múltiples instrumentos diseñados para evaluar las dimensiones que integran las mediciones de salud y de calidad de vida.

VI.3.1 Medición de calidad de vida (Zaider, 2005)

Las mediciones de calidad de vida van aumentando rápidamente, siendo obligatoria en algunos países como Canadá. Estas mediciones pueden ser útiles entre otras razones porque los métodos de valoración tradicionales no miden los efectos que el cáncer y su tratamiento ejercen en las dimensiones emocionales, espirituales y sociales, porque la calidad de vida puede estar afectada aunque el paciente esté curado, porque la calidad de vida puede mejorar aunque no se produzcan efectos en la supervivencia, o porque puede ayudar a conocer preferencias de los pacientes.

Se han observado diferentes interpretaciones en evaluaciones de calidad de vida entre el paciente, la familia y el equipo de salud. Es el paciente quien debe emitir el juicio perceptivo de su calidad de vida.

La opinión de muy diversos autores lleva a decir que hay un consenso en que la calidad de vida es un fenómeno subjetivo y debe ser el propio paciente quien la valore. Las percepciones que el paciente tiene de su enfermedad son muy variables, y diversos factores, además de los físicos, entran en juego al medir la calidad de vida.

Las medidas de desenlace varían desde aquellas que son objetivas y fáciles de medir, como la muerte; otras que se basan en parámetros clínicos o de laboratorio (insuficiencia de un órgano), hasta aquellas que se basan en juicios subjetivos. Al igual que otros instrumentos que se desee utilizar en la investigación y en la práctica clínica, debe reunir requisitos metodológicos preestablecidos. Debido a que algunos de los componentes de la calidad de vida no pueden ser observados directamente, éstos se evalúan a través de cuestionarios que contienen grupos de preguntas. Cada pregunta representa una variable que aporta un peso específico a una calificación global, para un factor o dominio. En teoría, se asume que hay un

valor verdadero de la calidad de vida y que puede medirse indirectamente por medio de escala.

En cuanto a los instrumentos, tal vez la primera escala desarrollada con el propósito de definir en una forma consistente el estado funcional de los pacientes con padecimientos crónicos fue la de Karnofsky; esta escala presentó 10 puntos para pacientes con cáncer pero por ser genérica se aplica a otras enfermedades crónicas; se consideró una escala confiable para predecir el estado funcional del paciente. Es simple y de rápida aplicación, y ha demostrado su excelente reproductibilidad y validez.

La calidad de vida es un concepto relativamente nuevo en la evaluación de la salud, pero los instrumentos genéricos permiten evaluar diversos grupos y poblaciones, y los instrumentos específicos permiten medir el impacto de un diagnóstico específico en condiciones crónicas. La Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC) ha trabajado dos generaciones del cuestionario: el QLQ-C36 y el QLQ-C30. La primera generación del cuestionario, el QLQ-C36, constaba de 36 ítems, que se organizaban en cuatro escalas funcionales, dos escalas de síntomas y una escala global de salud/calidad de vida. Unos ítems adicionales evaluaban otros síntomas comunes y el impacto financiero. El Programa Nacional de Cáncer en Cuba utiliza el índice de Karnofsky para evaluar la condición física de los enfermos con cáncer paliativo y terminal.

Uno de los aspectos de la Calidad de vida relacionado a la Salud de los pacientes que se ve más afectado por la enfermedad oncológica es el dolor. Entre el 60 y el 80% de los pacientes oncológicos terminales refieren dolor de base de moderado a importante que puede agravarse con crisis de dolor irruptivo. La importancia de la valoración del dolor en pacientes oncológicos explica la creciente utilización de escalas de evaluación del dolor en la investigación clínica

VI.3.2 Cuestionario breve del dolor (CBD)

Para evaluar tanto la intensidad como el tipo y la repercusión del dolor en las actividades de la vida diaria se han desarrollado distintos instrumentos de medición como el McGill Pain Questionnaire (MGPQ) o el Wisconsin Brief Pain Questionnaire (BPQ), que se denominó Brief Pain Inventory (BPI) en un estudio de validación posterior. El BPI es un cuestionario autoadministrado y de fácil comprensión que contiene dos dimensiones: la intensidad del dolor y el impacto del dolor en las actividades de la vida del paciente. En los últimos años ha aumentado el uso del BPI como método de evaluación estandarizada del dolor en pacientes oncológicos, existiendo versiones validadas en varios idiomas. (Badia, 2003).

El CBD es un instrumento que se desarrolló para ser utilizado en estudios epidemiológicos y en estudios clínicos para evaluar la efectividad del tratamiento para el dolor. Previamente al inicio del estudio, el cuestionario CBD fue adaptado lingüísticamente al español, mediante la metodología de traducción y retraducción, manteniendo la misma estructura del cuestionario original.

El CBD consta de dos dimensiones: «Intensidad del dolor» (4 ítems) e «interferencia en las actividades» (7 ítems). Cada uno de los ítems se puntúa mediante una EN que va de 0 (ausencia de dolor/interferencia en la vida diaria) a 10 (peor dolor imaginable/afectación máxima en la vida diaria). Estos 11 ítems proporcionan dos puntuaciones resumen, una para cada dimensión. Además, el cuestionario consta de 15 ítems adicionales, no incluidos en ninguna de las dos dimensiones anteriores, que evalúan el nivel de alivio que el tratamiento para el dolor proporciona al paciente, la localización del dolor y la descripción de las causas del dolor.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1. Tipo de estudio:

Descriptivo, retrospectivo de corte transversal.

7.2. Área de estudio:

Fue en la clínica de cuidados paliativos, asignada para la atención de los pacientes con enfermedades oncológicas del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez del municipio de Managua, que está ubicado a en el costado oeste del mercado Roberto Huembés.

7.3. Población de estudio:

Fue constituido por aquellos pacientes con enfermedades oncológicas, que fueron atendidos en la clínica de cuidados paliativos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutierrez en el periodo de estudio de octubre 2018 a Diciembre 2018 siendo un total de 53 pacientes.

7.3.1. Universo:

Está constituido por 53 pacientes atendidos en la clínica de cuidados paliativos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutierrez en el periodo de Enero 2018 a Diciembre 2018

7.3.2. Muestra:

Está conformada por 30 pacientes (56.6 % del universo), seleccionados por conveniencia de acuerdo al cumplimiento de criterios de inclusión y exclusión establecidos.

7.4. Criterios de inclusión:

- Se incluyeron los expedientes de todos los pacientes que fueron atendidos por primera vez en la clínica de cuidados paliativos durante el periodo de estudio.
- Paciente con diagnóstico de neoplasia sólida.
- Paciente con expediente clínico completo.
- Sin importar sexo, edad, procedencia, escolaridad y condición social, o que haya sido referido de otra institución de salud.

7.5. Criterios de exclusión

- Se excluyeron los expedientes clínicos incompletos (manchones, hojas dañadas o pérdidas de datos).
- pacientes con diagnóstico de enfermedades hematológicas
- Pacientes previamente tratados por dolor oncológico.
- Pacientes que se rehúsaron a la entrevista realizada.
- Pacientes fallecidos durante el periodo de estudio
- Pacientes atendidos en consultas subsecuentes de la clínica de cuidados paliativos
- Pacientes hospitalizados o atendidos en el área de emergencia del Hospital.

7.6. Operacionalización de las Variables

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA-VALOR
Características Sociodemográficas				
Edad	Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento	Edad en años	Expedientes clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • ≤ 65 años • > 65 años
Sexo	Característica natural o biológica del ser humano dado por una combinación y mezcla de rasgos genéticos	Género	Expedientes clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino
Escolaridad	Grado académico alcanzado en el sistema educativo formal del sujeto en estudio	Último grado aprobado	Expedientes clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria • Secundaria • Universidad
Procedencia	Lugar geográfico del cual procede el paciente	Lugar de Residencia	Expedientes clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Rural • Urbano
Tipo de convivencia	Vivir en compañía de otra persona u otras personas, relacionándose y aceptando al otro.		Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Solo • Pareja/familia • Otro
Estatus Laboral	Rango o posición laboral que ocupa el sujeto de estudio		Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajando • Desempleado • Discapacidad • Jubilado
Condicionantes de la Salud				
Conocedor de su enfermedad	Conocimiento de su tipo de neoplasia sólida		Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Hábitos tóxicos: Consumo de Licor	Consumo de bebida embriagante que puede causar daño a la salud el uso excesivo o frecuente o que puede descompensar		Expedientes clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No

	otra patología			
Hábitos tóxicos: Tabaquismo	Uso inhalado de tabaco que puede causar daño a la salud o descompensar un estado patológico previo		Expedientes clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Antecedente Personal Patológico: EPOC	Antecedente patológico de enfermedad respiratoria caracterizada por una limitación al flujo aéreo que no es totalmente reversible.		Expedientes clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Antecedente Personal Patológico: Hipertensión Arterial	Antecedente patológico producto de un incremento de la presión arterial y que puede causar daño progresivo en órganos vitales del cuerpo o en algunos casos el incremento súbito lesiona inmediatamente estos órganos		Expedientes clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Antecedente Personal Patológico: Artritis Reumatoide	Antecedente patológico de enfermedad inflamatoria sistémica autoinmune, con destrucción progresiva de las articulaciones generando distintos grados de deformidad e incapacidad funcional.		Expedientes clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Antecedente Personal Patológico: Cardiopatía	Antecedente patológico de Enfermedades propias de las estructuras del corazón o cualquier padecimiento		Expedientes clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No

	del resto del sistema cardiovascular.			
Antecedente Personal Patológico: Diabetes Mellitus	Antecedente patológico de trastorno metabólico, que afecta a diferentes órganos y tejidos, caracterizado por un aumento de los niveles de glucosa en la sangre.		Expedientes clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Antecedente Personal Patológico: Enfermedad Cerebro Vascular	Antecedente patológico de trastornos de la vasculatura cerebral que conllevan a una disminución del flujo sanguíneo en el cerebro, de manera transitoria o permanente, de la función del cerebro.		Expedientes clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Localización del tumor primario	Localización anatómica del tumor original o primero en el cuerpo		Expedientes clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Mama • Pulmón • Gastrointestinal • Urogenital • Cabeza y Cuello • otro
Enfermedad Metastásica	células cancerosas de un tumor primario diseminadas a otras partes del cuerpo	Afectación de órganos a distancia	Expedientes clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Duración de la Enfermedad	Años de evolución de haberse diagnosticado la neoplasia primaria	Años del diagnostico	Expedientes clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • < 1 año • 1-5 año • >5 año
Síntomas	Dificultad para respirar o		Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Sí

Asociados : Disnea	falta de aire			<ul style="list-style-type: none"> • No
Síntomas Asociados : Nauseas	Malestar en el estómago que puede aparecer con una necesidad imperiosa de vomitar		Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Síntomas Asociados : Estreñimiento	Dificultad para evacuar las heces		Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Síntomas Asociados : Depresión	Trastorno emocional que causa un sentimiento de tristeza constante y una pérdida de interés en realizar diferentes actividades.		Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Síntomas Asociados : Ansiedad	Estado angustioso que no permite la relajación y el descanso del paciente		Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Síntomas Asociados : Insomnio	Dificultad para quedarse dormido, para continuar durmiendo o para hacer ambas cosas.		Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Puntuación ECOG	Escala funcional para medir calidad de vida en un paciente oncológico	Escala	Expedientes clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • 0 • 1 • 2 • 3 • 4
Abordaje Terapéutico	Tratamiento utilizado para el manejo de la neoplasia primaria		Expedientes clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Quimioterapia • Radioterapia • Cirugía • otro
Evaluación del Dolor y calidad de Vida				

Tipo de dolor	Clasificación en función de la patogenia		Cuestionario CBD	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor Nociceptivo • Dolor Neuropático • Ambos
Intensidad del dolor al ingreso	Dolor máximo presentado por el paciente al ingreso de la clínica de cuidados paliativos		Expedientes clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Sin Dolor (EVA: 0) • Dolor Leve (EVA: 1-3) • Dolor Moderado (EVA: 4-7) • Dolor severo (EVA: 8-10)
Localización del dolor	Localización anatómica referida por el paciente de su dolor actual		Cuestionario CBD	<ul style="list-style-type: none"> • Cabeza y cuello • Extremidades superiores • Tórax • Espalda • Abdomen • Pelvis y periné • Extremidades inferiores
Interferencia del dolor en las actividades en general	interrupción de la habilidad y capacidad del paciente de realizar actividades cotidianas		Cuestionario CBD	<ul style="list-style-type: none"> • Escala Numérica: 0-10
Interferencia del dolor en el estado de ánimo	interrupción de la habilidad y capacidad del paciente en relación a su actitud o disposición emocional		Cuestionario CBD	<ul style="list-style-type: none"> • Escala Numérica: 0-10
Interferencia del dolor en la capacidad para caminar	interrupción de la habilidad y capacidad del paciente para mantenerse de pie y deambular		Cuestionario CBD	<ul style="list-style-type: none"> • Escala Numérica: 0-10
Interferencia del dolor en las relaciones con otras	interrupción de la habilidad y capacidad del paciente para realizar asociaciones entre dos o más personas		Cuestionario CBD	<ul style="list-style-type: none"> • Escala Numérica: 0-10

personas				
Interferencia del dolor en el sueño	Interrupción de la habilidad y capacidad del paciente con el deseo y la necesidad de dormir.		Cuestionario CBD	<ul style="list-style-type: none"> • Escala Numérica: 0-10
Interferencia del dolor para disfrutar de la vida	interrupción de la habilidad y capacidad del paciente de experimentar gozo, placer o alegría con alguien o algo		Cuestionario CBD	<ul style="list-style-type: none"> • Escala Numérica: 0-10
Crisis de dolor en las últimas 24 h	Dolores de intensidad máxima presentado por el paciente en las últimas 24 horas de la entrevista.		Cuestionario CBD	<ul style="list-style-type: none"> • 1-3 • 4-6 • más de 6
Duración media de las crisis de dolor	Duración promedio del dolor en las ultimas 24 horas de la entrevista		Cuestionario CBD	<ul style="list-style-type: none"> • 1-10 minutos • 11-25 minutos • más de 25 minutos
Terapéutica Medica				
Uso de opiáceos	Sustancia medicamentosa derivada del opio	Morfina	Expedientes clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Uso de Adyuvantes	Fármacos que ayudan a mejorar el dolor		Expedientes clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Tipo de	Medicamento utilizado	AINES	Expedientes clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Morfina de liberación rápida • Tramadol

fármaco	para el manejo del dolor oncológico	Opioides		<ul style="list-style-type: none">• Ibuprofeno• Acetaminofén• otros
Dosis Utilizada	Cantidad de fármaco usado para el manejo del dolor	Miligramos	Expedientes clínicos	

7.7. Técnica y Procedimiento:

a. Fuente de información

La fuente de información fue de tipo Primaria y secundaria, recolectada a partir de la entrevista a los pacientes y los expedientes Clínicos.

b. Método e instrumento

El llenado de la información se llevó a cabo mediante un formulario de recolección de datos para registrar la información obtenida de cada uno de los expedientes, en la cual se incluyeron las variables de interés del estudio, según los objetivos planteados.

Se verificó el instrumento mediante el llenado de diez expedientes, comprobándose que permitía la recolección de la información, de manera que se pudieron corregir elementos que dificultaban posteriormente el análisis.

Para medir la percepción del dolor y calidad de vida se utilizó el “Cuestionario Breve del dolor” (CBD), el cual es una versión al español del *Brief Pain inventory* (BPI), consta de dos dimensiones: «Intensidad del dolor» (4 ítems) e «interferencia en las actividades» (7 ítems). Cada uno de los ítems se puntúa mediante una Escala Numérica (EN) que va de 0 (ausencia de dolor/interferencia en la vida diaria) a 10 (peor dolor imaginable/afectación máxima en la vida diaria)

c. Procedimientos:

Una vez formulado el instrumento de recolección de la información se procedió a la revisión de la base de datos “Listado de primera Vez: Cuidados paliativos oncología octubre-Diciembre” que contempla los datos de los pacientes atendidos en la consulta de cuidados paliativos durante el último cuatrimestre del año 2018, se contactaron a los pacientes vía telefónica y se citaron 10 pacientes por día para la aplicación del cuestionario, entrevista y revisión de sus expedientes, por lo que se culminó la recolección de la información en una semana.

La información que se recolectó fue introducida posteriormente a un sistema computarizado de base de datos, establecida hasta completar los 25 expedientes. La información fue almacenada, procesada y analizada en el Software Estadístico de SPSS para Windows, versión 21.0, de donde se elaboraron tablas de salida y gráficos. Además se establecieron análisis de frecuencias y cruces de variables de interés, Se realizó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas y clínicas para el total de pacientes incluidos en el estudio y estratificando según el ítem de «intensidad máxima del dolor» en la última semana.

La valoración de la intensidad máxima del dolor en la Escala Numérica (EN), con puntuaciones que oscilan entre 0 y 10, se clasifica en 4 grupos: ausencia de dolor (EN = 0), dolor leve (EN entre 1 y 3), dolor moderado (EN entre 4 y 7) y dolor severo (EN entre 8 y 10).

La información se presentó en cuadros y gráficos construidos por los programas de Microsoft Word y PowerPoint para presentar el informe final.

7.8. Cruce de variables

1. Características generales vs clasificación de la intensidad máxima del dolor
2. Características generales vs uso de opioides.
3. condicionantes de la salud vs clasificación de la intensidad máxima del dolor.
4. Condicionantes de la salud vs uso de opioides.
5. Escala funcional vs tratamiento recibido.
6. Terapéutica para el dolor vs síntomas asociados

7.9. Aspectos éticos:

Para el presente estudio se obtuvo el permiso de las autoridades del hospital mediante la entrega de una carta de solicitud. Se obtuvo el consentimiento y permiso para el uso del expediente clínico. Los fines del estudio son pedagógicos y no de lucro. Se respetará la confidencialidad de las pacientes en el estudio y se acatarán los procedimientos según las normas establecidas por la institución y el MINSA.

VIII. RESULTADOS

La clínica de cuidados paliativos de pacientes oncológicos atendidos en el hospital creada en el año 2018, con aproximadamente 233 pacientes, con 706 consultas. El estudio se realizó en 30 pacientes con neoplasias solidas atendidos en el último cuatrimestre del 2018. La edad promedio fue de 58.8 años, predominando el sexo masculino (60%). La mayoría procedían de áreas urbanas ocupando un 56.7%. En relación a la escolaridad, el 53.3% de los sujetos en estudio habían alcanzado la escolaridad primaria, seguido de la escolaridad secundaria con un 20%. El 96.7% convivían acompañados con sus parejas o familiares y solo un 3.3% correspondiente a un sujeto vivía solo. Con respecto al estatus laboral la mayoría de los pacientes no desempeñaban ninguna actividad laboral ya que el 33.3% estaba desempleado, 30% discapacitado y 26.7% jubilado. (Ver tabla 1).

En relación a las condicionantes de la salud, el 36.7% tenían el antecedente de consumo de alcohol y solo el 26.7% el antecedente de tabaquismo, las comorbilidades asociadas fueron la hipertensión arterial (30%), diabetes mellitus (20%), Cardiopatías (6.7%), EPOC y artritis reumatoide con un 3.3%. con respecto al tipo de neoplasia la más frecuente fueron las de pulmón (23.3%), cabeza y cuello (16.7%), osteosarcoma (10%) y próstata (10%), de ellos el 60% tenía enfermedad metastásica, y el 46.7% menos de 1 año de diagnóstico. (Ver tabla 2).

Al valorar la capacidad funcional de los pacientes con la escala de ECOG, se encontró que la mayoría tenían un ECOG de 3 puntos correspondiente al 33,3%, puntuaciones entre 1 y 2 ocuparon un 23% y ECOG de 4 puntos el 20%. El tratamiento empleado para la neoplasia primaria fue la quimioterapia con un 66.7%, seguido por la radioterapia (43.3%), cirugía (20%) y únicamente 5 pacientes (16.7%) no recibieron ningún tratamiento. (Ver tabla 3).

De los 20 pacientes que habían recibido quimioterapia 30% tenían un ECOG de 2 puntos, a diferencia de los que habían recibido radioterapia cuyo ECOG se encontraba en 3 puntos en el 53.8% de los casos, en el grupo de los que se les había realizado cirugía el ECOG se encontraba en 2 y 4 puntos en un 33.3% para

ambos casos, sin embargo, los pacientes a los que no se les realizó ningún procedimiento, el ECOG tenía un puntaje de 3 puntos. (Ver tabla 4)

Al valorar el dolor oncológico se encontró que el 63.3% de los pacientes tenía un dolor de tipo nociocectivo, y 10 pacientes una combinación de dolor nociocectivo y neuropático que se corresponde con el 33.3% de los sujetos. Las localizaciones más frecuentes del dolor fueron espalda (26.7%), tórax (16.7%), pelvis y periné (16.7%), cabeza y cuello (13.3%) y extremidades inferiores (13.3%). Al valorar la intensidad del dolor según EVA, se obtuvo que la intensidad media de los pacientes al ingreso del programa de cuidados paliativos fue de 6.47 ± 2.24 , la intensidad máxima del dolor en las últimas 24 horas fue de 6.7 ± 2.60 , la intensidad media del dolor en las últimas 24 horas fue de 3.97 ± 2.26 , la intensidad mínima del dolor en las últimas 24 horas fue de 2.7 ± 2.33 , y al valorar la intensidad del dolor durante la entrevista fue de 3.60 ± 3.20 . (Ver tabla 5).

El 53.3% de los pacientes presentaron entre 1 a 3 crisis de dolor en las últimas 24 horas, las cuales tenían una duración de más de 25 minutos en el 60% de los pacientes, los síntomas más frecuentes asociados fueron el estreñimiento (53.3%), depresión (36.7%), náuseas y vómitos (36.7%), insomnio (30%), disnea (26.7%) y ansiedad en el 13.3%. (Ver tabla 6).

Los fármacos más utilizados para el manejo del dolor fueron: morfina de acción rápida en el 56.7%, tramadol (36.7%), ibuprofeno (26.7%) y combinaciones de ibuprofeno más tramadol en el 23.3%. De estos el 50% utilizaron tratamiento adyuvante, siendo la gabapentina la más utilizada en el 46.7%. En relación a la dosis utilizada de los diferentes fármacos se encontró que la dosis de morfina estuvo entre 20-60 mg, ibuprofeno entre 400-1200 mg, tramadol entre 50-150 mg, estos pacientes presentaron un alivio del dolor de 60.3% en promedio con dichos medicamentos en la escala de 0-100% del cuestionario CBD. (Ver tabla 7).

El efecto adverso más frecuentemente reportado fue el estreñimiento, se encontró en pacientes que utilizaban morfina (75%), seguido por el tramadol (25%), y la combinación de ibuprofeno + tramadol (12.5%). (Ver tabla 8)

Una de las dimensiones que valora el cuestionario CBD es la interferencia del dolor en las últimas 24 horas con algunas actividades que repercuten en la calidad de vida, valorada con una escala numérica (EN) que va de 0-10, siendo 0 ninguna interferencia y 10 el valor para el dolor que interfiere por completo. En relación a la actividad general los pacientes refieren un puntaje de 6.07 en promedio, estado de ánimo 5.13, capacidad para caminar 6.97, relaciones interpersonales 5.07, sueño 4.17 y por último la capacidad para diversión con un puntaje de 5.73. (Ver tabla 9).

Al comparar las características sociodemográficas con la intensidad máxima del dolor en las últimas 24 horas, se obtuvieron resultados donde demuestra que las mujeres presentan dolores severos y moderados en el 50% y 41.7% respectivamente, en cambio los hombres presentaron dolores moderados y severos en el 44.4% y 38.9% respectivamente, en relación a la procedencia los provenientes de áreas urbanas presentan dolores severos en el 58.8%, y los de áreas rurales dolores moderados en el 53,8%. Los de escolaridad primaria y alfabetizados refieren dolores moderados en el 43.8% y 60% respectivamente, a diferencia de los que tiene escolaridad secundaria que manifiestan dolores severos en el 66.7%. Otro datos es que los pacientes que están en compañía de familiares y parejas presentan dolores de moderados a severos (41.4%-44.8%), el estatus laboral juega un rol fundamental en la percepción del dolor, por lo que el 60% de los desempleados manifiestan dolores severos, 55.6% de pacientes con discapacidades presentan dolores moderados, semejante al grupo de jubilados en donde el 50% presenta dolores moderados. (Ver tabla 10).

Los pacientes con enfermedades metastásica presentan dolores severos en el 50% de los casos, y dolores moderados en el 44.4%, de la misma manera los que presentaron más de 6 crisis eran dolores severos en el 85.7%, a diferencia de los que presentaron menos de 6 crisis que manifiestan dolores moderados en el 50 a 57%. No podemos obviar que las crisis que duran más de 10 minutos son crisis de moderadas a severas en un 61.1% a 66.7%. A pesar del tratamiento farmacológico indicado para el manejo del dolor, el 58.8% que usaban morfina presentaron dolores severos, el 66.7% con dexketoprofeno y 45.5% con tramadol

presentaron dolores moderados, pacientes con clonixinato de lisina (50%), Ibuprofeno más tramadol (43.3%), acetaminofén (50%) tenían dolores de moderados a severos. (Ver tabla 11).

según la clasificación del tipo de dolor y la intensidad máxima de dolor se obtuvieron resultados, donde demuestran que 18 pacientes (60%) presentaron dolores moderados al ingreso siendo el 63.2% de tipo nociceptivo y hasta en un 60% combinación de nociceptivo y neuropático, sin embargo el 30% presentaron dolores severos, lo cual difiere con la intensidad del dolor máxima en las últimas 24 horas, en donde el dolor aumento a un 43.3% de los sujetos de estudio, de los cuales el 50% era una combinación de ambos tipos de dolores y en el 42.1% dolor de tipo nociceptivo, en relación al dolor neuropático el único caso reportado mantuvo su intensidad al ingreso y en las últimas 24 horas. (Ver tabla 12).

Al relacionar el tipo de neoplasia con la intensidad máxima del dolor al ingreso y en las últimas 24 horas, se obtuvo un EVA promedio, en donde las neoplasias que mantuvieron su intensidad de dolor son: esófago (EVA de 10 puntos), cabeza y cuello (EVA 6.4 puntos), osteosarcoma (EVA 6.67 puntos), gástrico y melanoma (EVA de 6 y 5 puntos respectivamente), por otra parte las neoplasias que disminuyeron su intensidad de dolor tenemos: el de colon y recto (de 9 a 7.5 puntos), el de páncreas (9 a 8 puntos), pulmón (de 6.29 a 5.71), las neoplasias que aumentaron su intensidad de dolor son: Vulva (de 7 a 10 puntos), mama (de 5 a 8.5 puntos), próstata (de 5.67 a 6.33), y riñón (de 6 a 9 puntos). (Ver tabla 13).

En otros resultados sobre las características clínicas y uso de opiáceos, se evidencia que de los 17 pacientes que usaron opiáceos, el 58.8% eran los del sexo masculino a diferencia del sexo femenino que solo lo utilizaron en el 41.2%, en relación al tipo de neoplasia que más utilizó dichos fármacos en orden de frecuencia tenemos: pulmón (23.5%), cabeza y cuello (17.6%), Osteosarcoma (11.8%), Páncreas (11.8%), vulva (5.9%), colorrectal (5.9%), esófago (5.9%), mama (5.9%), próstata (5.9%) y estómago (5.9%). Los pacientes que presentaron enfermedad metastásica utilizaron los opioides en el 70.6% de los casos, los que

tenían menos de 1 año de diagnóstico fue el grupo que más los utilizó seguidos de los que tenían entre 1 a 5 años en el 35.3%. Por otra parte los pacientes que tenían un ECOG de 3 y 4 puntos lo utilizaron en el 47.1% y 29.4%, además según la clasificación del dolor, en el 70.6% de los dolores de tipo nociceptivos utilizaron opioides. El 35.3% de los pacientes que utilizaban opiáceos, presentaron más de 6 crisis y entre 1 a 3 crisis, en relación a la duración, los pacientes que utilizaban opiáceos tenían una duración media del dolor más de 25 minutos en el 70.6% de los casos. (Ver tabla 14)

IX. DISCUSIÓN

De los resultados obtenidos en el trabajo de investigación acerca del manejo del dolor oncológico y calidad de vida en pacientes con neoplasias sólidas, se puede inferir que muchas de las características biológicas de los individuos, se relacionan con las encontradas en otros estudios a nivel nacional e internacional. Se tuvo la limitante que de los expedientes revisados únicamente contenían la escala visual análoga para la valoración de la intensidad del dolor. Dichos expedientes carecen de información acerca de la calidad de vida de los pacientes, y características clínicas del dolor. Asimismo, algunos datos sociodemográficos estaban incompletos, por lo que se recurrió a la entrevista directa del paciente.

Acerca de las características sociodemográficas se aprecia que el sexo masculino es el más frecuente, la mayoría procedían de áreas urbanas y habían alcanzado la escolaridad primaria, convivían acompañados con sus parejas o familiares y no desempeñaban ninguna actividad laboral. De lo anterior se puede decir que no existe discrepancia con la bibliografía internacional ya que estudios realizados por autores como Juan Boceta Ozuna y Jorge Contreras Martínez (España, 2015), encontraron que el sexo masculino era el más frecuente, en la mayoría de los casos el cuidador principal era un familiar de primer grado, tenían educación básica o primaria, y más de la mitad estaban jubilados. Xavier Badia (España, 2003) y Boceta Ozuna encontraron una edad promedio de 61.7 y 63.9 años respectivamente lo que difiere de nuestro estudio en donde se encontró una edad promedio de 58.8 años. Estudios nacionales como el de Blandón (Managua, 2018) encontraron características similares, en relación a sexo, procedencia y escolaridad. En cuanto a la procedencia urbana se justifica por el mayor acceso geográfico a la atención hospitalaria, con respecto a la población rural. En relación a la escolaridad fueron más frecuente los individuos con escolaridad primaria lo cual podría basarse en el hecho de que el bajo nivel académico influye sobre el conocimiento de la enfermedad, repercutiendo en un retraso en la búsqueda de asistencia oportuna.

Con respecto al tipo de neoplasia la más frecuente fueron las de pulmón, cabeza y cuello, osteosarcoma y próstata, de ellos el 60% tenía enfermedad metastásica, y el 46.7% menos de 1 año de diagnóstico. Estos datos no se relacionan con las estadísticas de estudios internacionales en donde encontraron que las neoplasias más frecuentes fueron las gastrointestinales, urogenitales y pulmonares, no obstante Priego-valladares en el 2016, encuentra en su estudio que las neoplasias más frecuente son: digestivo, urológico, hematológico, pulmón, sistema nervioso central, ginecológico. Autores como blandón, reportan en el hospital Roberto calderón similares resultados a los estudios internacionales siendo la neoplasia más frecuentes las gastrointestinales (Estómago, colon y recto) seguida por los de cabeza y cuello, por lo tanto podemos considerar que los datos son comparables de forma parcial a estudios internacionales encontrando como una de las neoplasias más frecuentes la de próstata y pulmón, y a nivel nacional la neoplasia que coincide es la de cabeza y cuello, no así las gastrointestinales. Cabe mencionar que uno los factores de riesgo para este tipo de neoplasia es el cigarrillo, el cual estuvo presente como antecedente en el 26.7%. Ozuna reporta que el 62% de los sujetos estudiados presentaba metástasis, dato que se relaciona con los encontrados en nuestro estudio, no así los años de diagnóstico en donde se encontró discrepancia ya que casi el 50% tenía menos de 1 año de diagnóstico en nuestro estudio, no así en estudios internacionales donde el diagnóstico de los pacientes era de más de 1 año. Estos datos pueden estar en relación al bajo nivel de escolaridad que ya habíamos comentado, lo cual influye en la detección en estadios avanzados de la enfermedad.

Al valorar la capacidad funcional mediante la escala *Eastern Cooperative Oncology Group*, se encontró que la mayoría tenían un ECOG de 3 puntos correspondiente al 33,3%, puntuaciones entre 1 y 2 ocuparon un 23% y ECOG de 4 puntos el 20%. Esto difiere con lo encontrado en el estudio de Ozuna en donde la escala más frecuente según los clínicos fue 1 y 2, esta discrepancia se puede atribuir a que los pacientes de nuestro estudio tenían un promedio de edad de 58.8, lo cual es uno de los factores sociodemográficos relacionados con la dependencia funcional, esto respalda la afirmación de guralnik y colaboradores en el sentido en la que mayor

edad es quizás el factor de riesgo más importante del deterioro del estado funcional. Pérez y colaboradores también respaldaron el importante papel que juega la edad en el proceso de deterioro funcional. La presencia de múltiples comorbilidades frecuente en los adultos mayores esta también asociada significativamente con la dependencia funcional, estudios hechos en Madrid y Taiwán encontraron asociación de la enfermedad cerebrovascular, diabetes, osteoartritis, y la hipertensión con la discapacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria.

Los pacientes con enfermedades metastásica presentaron dolores severos en el 50% de los casos, y dolores moderados en el 44.4%, de la misma manera los que presentaron más de 6 crisis eran dolores severos en el 85.7%. Otro aspecto relevante que interfiere en la capacidad funcional de los pacientes es el dolor ya que tiene repercusiones funcionales, cognitivas, emocionales, económicas y sociales, el dolor tiene un impacto negativo en la funcionabilidad, porque favorece la reducción de los arcos de movimiento articular y debilidad muscular al disminuir el grado de actividad física, esto conduce a trastornos de la marcha, equilibrio y sueño, así como a una disminución aun mayor de la actividad física, a más caídas, mayor depresión e inmovilidad y finalmente a la dependencia funcional.

Otro dato que no podemos obviar son los síntomas asociados, en donde se encontró que los más frecuentes fueron el estreñimiento (53.3%), depresión (36.7%), náuseas y vómitos (36.7%), insomnio (30%), disnea (26.7%) y ansiedad en el 13.3%. Estudios realizados en España (Ozuna 2015), encontraron que los síntomas más prevalentes fueron ansiedad, astenia y depresión. Según un estudio realizado por penninx y colaboradores, los adultos mayores deprimidos tienen un riesgo relativo de 1.39 de desarrollar alguna discapacidad de realizar actividades de la vida diaria y de movilidad en comparación con los no deprimidos, la depresión puede tener un mayor impacto negativo sobre la capacidad funcional que las enfermedades crónicas. El estreñimiento es uno de los principales síntomas

acompañantes esto se explica a que la mayoría de los pacientes usaban opiáceos de base hasta en un 56.7%.

Con relación al principal tipo de dolor experimentado se encontró que el 63.3% de los pacientes tenía un dolor de tipo nociceptivo, esto difiere del estudio de Ozuna en donde el 61.3% presentaba combinaciones de dolor nociceptivo y neuropático. Las localizaciones más frecuentes del dolor fueron espalda, Tórax, Pelvis y periné, Cabeza y cuello y extremidades inferiores. Estos datos coinciden con el tipo de neoplasia encontrada que en orden de frecuencia son las neoplasias de pulmón, cabeza y cuello, osteosarcoma y próstata. El 53.3% de los pacientes presentaron entre 1 a 3 crisis de dolor en las últimas 24 horas, las cuales tenían una duración de más de 25 minutos en el 60% de los pacientes. Badia 2003 reporta en su estudio que 40,8% de los pacientes había tenido entre una y tres crisis de dolor irruptivo en las últimas 24 h y en el 69,3% la duración media de las crisis de dolor fue superior a los 10 min. Estos datos son comparables a los encontrados en nuestro estudio. Dentro de los factores que contribuyen a la presencia de las crisis de dolor, está el tratamiento recibido, el cual una de las limitantes de la clínica de cuidados paliativos es no tener disponibilidad de morfina de acción prolongada lo que hace que la mayoría de los pacientes presentes picos de dolor durante las 24 horas y tenga que recurrir al tratamiento de rescate, por otra parte las tasas de prevalencia de dolor neuropático en pacientes con dolor oncológico intenso variarían de 34 a 40% según estudios internacionales. En este estudio el 33.3 % del dolor que sufrían los pacientes tenía un componente neuropático, lo que añade otro factor a la dificultad de controlarlo ya que el dolor neuropático es relativamente resistentes a analgésicos opioides.

Al valorar la intensidad del dolor según EVA, se obtuvo que la intensidad media de los pacientes al ingreso del programa de cuidados paliativos fue de 6.47, la intensidad máxima del dolor en las últimas 24 horas fue de 6.7, la media de 3.97, la mínima de 2.7. Como hallazgo relevante Ozuna observo que las intensidades de dolor declarada por los pacientes para el día previo de la evaluación fueron 8

(máxima), 3 (mínimo) y 5 (media). En general una intensidad media del dolor por encima de 4 en las últimas 24 horas indica que el dolor de base no está adecuadamente controlado, se asume que el dolor de base está bien controlado cuando la intensidad media está por debajo de 4 y el número máximo de episodios de dolor oncológico es de 3 al día. En el dolor oncológico no se suele considerar realista perseguir un objetivo de dolor "0" y en la práctica no siempre buscamos una media de dolor menor de 3, algunos autores consideran que una disminución de 2 puntos en la escala visual analógica o de un 30% es un alivio significativo.

Los fármacos más utilizados para el manejo del dolor fueron: morfina de acción rápida, tramadol, ibuprofeno y combinaciones de ibuprofeno más tramadol, la dosis utilizada de los diferentes fármacos se encontró que la dosis de morfina estuvo entre 20-60 mg, ibuprofeno entre 400-1200 mg, tramadol entre 50-150 mg. Ana Milena Antolinez Portillo (Colombia, 2018) reporta una prevalencia de consumo de opioides de 61.4%, siendo más frecuente en mujeres que en hombres, la mediana de dosis administradas en estadios tempranos fue de 15 mg de morfina oral/día y en estadios tardíos de 20 mg de morfina oral/día. Con los analgésicos convencionales, en ocasiones es difícil lograr un alivio eficaz del dolor oncológico severo, Los opioides siguen siendo los medicamentos de elección para el tratamiento del dolor moderado o intenso. El estándar fue la morfina, la vía más utilizada es la administración oral, dejándose las alternativas subcutánea o intravenosa para crisis emergentes de dolor en pacientes con apoyo hospitalario.

Los pacientes presentaron un alivio del dolor de 60.3% en promedio con dichos medicamentos en la escala de 0-100% del cuestionario CBD. Estos datos se pueden contrastar con el estudio español realizado por Ozuna, en donde la mediana del alivio del dolor alcanzado con los tratamientos paliativos fue de 70%, A pesar del tratamiento farmacológico indicado para el manejo del dolor, el 58.8% que usaban morfina presentaron dolores severos, el 66.7% con dexketoprofeno y 45.5% con tramadol. Estudios realizados en EE.UU. y Francia han obtenido estimaciones del porcentaje de pacientes que no recibían un tratamiento

analgésico adecuado para los episodios de dolor irruptivo que era del 42 y el 51%, respectivamente; en un estudio español reciente se ha estimado en un 25% el porcentaje de pacientes que no recibían tratamiento alguno.

Los resultados obtenidos en relación al cuestionario CBD, para valorar la calidad de vida, se encontró que en relación a la actividad general los pacientes refieren un puntaje de 6.07 en promedio, estado de ánimo 5.13, capacidad para caminar 6.97, relaciones interpersonales 5.07, sueño 4.17 y por último la capacidad para diversión con un puntaje de 5.73. Ozuna en su estudio refiere que las medianas de los impactos sobre cada parámetro de la calidad de vida presentaron un rango entre 6 y 7 (escala 0 a 10), datos que se pueden comparar a los encontrados en nuestro estudio en donde la mediana fue de 5 y 6. La versión adaptada al español del CBD ha demostrado ser un cuestionario válido para su aplicación en la práctica clínica, manteniendo las dimensiones de la versión original. Sin embargo, la fiabilidad test-retest observada en la dimensión «intensidad del dolor» ha sido ligeramente inferior a los estándares psicométricos recomendados. En el análisis de validación del CBD se han incluido únicamente los ítems de las dimensiones «intensidad del dolor» e «interferencia en las actividades», tal como también se ha realizado en estudios previos. La administración del cuestionario completo permite obtener información más precisa sobre las características del dolor oncológico; sin embargo, cuando el objetivo es obtener una valoración más rápida y precisa sobre la intensidad del dolor y su impacto en las actividades de la vida diaria para la posterior comparación de grupos o para la evaluación de los cambios en los pacientes, es suficiente administrar los 11 ítems que constituyen las dos dimensiones.

Nuestros hallazgos amplían el conocimiento de la prevalencia del dolor, su interferencia con las actividades de la vida diaria y la calidad de vida en pacientes oncológicos, un paso fundamental para optimizar el manejo del dolor asociado a cáncer.

X. CONCLUSIONES

1. La población más afectada con neoplasias sólidas tienen edad promedio de 58.8 años, el sexo masculino fue el más frecuente, la mayoría proceden de áreas urbanas, con escolaridad primaria, conviven acompañados con sus parejas o familiares y la mayoría de los pacientes no desempeñaban ninguna actividad laboral.
2. En la mayoría de los pacientes se encontró algún tipo de hábito tóxico siendo el más frecuente el consumo de alcohol, las comorbilidades asociadas fueron la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, la neoplasia más frecuente fue la de pulmón, cabeza y cuello y osteosarcoma con enfermedad metastásica, y menos de 1 año de diagnóstico, los pacientes que habían recibido quimioterapia tenían un ECOG de 2 puntos, a diferencia de los que habían recibido radioterapia cuyo ECOG se encontraba en 3 puntos.
3. El tipo de dolor más frecuente fue el nociceptivo, Los pacientes con enfermedades metastásica y con más de 6 crisis presentan dolores severos las crisis que duran más de 10 minutos son crisis de moderadas a severas.
4. Las medianas de los impactos sobre cada parámetro de la calidad de vida presentaron un rango entre 5 y 6. En relación a la actividad general los pacientes refieren un puntaje de 6.07, estado de ánimo 5.13, capacidad para caminar 6.97, relaciones interpersonales 5.07, sueño 4.17 y capacidad para diversión 5.73.
5. Los fármacos más utilizados para el manejo del dolor fueron: morfina de acción rápida y tramadol, sin embargo a pesar de su uso presentaron dolores severos y estuvieron asociados a estreñimiento.

XI. RECOMENDACIONES

Al equipo de Dirección del Hospital “Roberto Calderón Gutiérrez”

1. Establecer un equipo de trabajo multidisciplinario que integre a todos los actores involucrados (Médico con entrenamiento en cuidados paliativos, Personal de enfermería, Nutricionista, Psicólogo, Trabajador social, Rehabilitador, Voluntarios), para el cumplimiento de las normas y guías terapéuticas basada en evidencias, con énfasis en cuidados paliativos y manejo del dolor oncológico.
2. Mejorar las condiciones de infraestructura de la clínica de cuidados paliativos, insumos médicos, hacer gestiones para el abastecimiento de fármacos opioides de liberación retardada con el propósito de mejorar la calidad de atención y optimizar manejo del dolor según la escala analgésica de la OMS.

Al Jefe del servicio de Hematología

1. Gestionar y desarrollar en coordinación con la Sub-Dirección Docente, el Equipo de Dirección y los trabajadores, un Plan de Capacitación permanente con contenidos basados en evidencias dirigidos a todo el personal hospitalario, con énfasis en cuidados paliativos, manejo del dolor oncológico, y calidad de vida.
2. Realizar seguimiento y evaluación del cumplimiento de las normas y guías terapéuticas, mediante la supervisión y monitoreo periódico del expediente clínico.
3. Estandarizar la aplicación del cuestionario CBD “cuestionario breve del dolor”, para la evaluación adecuada del dolor oncológico y calidad de vida de los

pacientes, de forma que se pueda establecer una terapia farmacológica oportuna.

Al personal del Servicio de la clínica de cuidados paliativos

1. Participar activamente y apoyar de todas las actividades de capacitación, tomando conciencia de la responsabilidad a cumplir, y velar por el cumplimiento de las normas y guías de abordaje del problema.
2. Brindar atención integral, que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Realizar una atención individualizada y continuada.
3. Integrar a la familia que es el núcleo fundamental del apoyo al enfermo, adquiriendo una relevancia especial en la atención domiciliaria. crear un ambiente de respeto, bienestar, soporte y comunicación lo cual influyen de manera decisiva en el control de síntomas.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Pastrana T, De Lima L, Wenk R, Eisenchlas j, Monti C, Rocafort J, Centeno C. Atlas de cuidados paliativos de Latinoamérica ALCP, 1ra edición, Houston 2012.
2. M Priego-Valladares, P. García, M. García, A. Tello, J. Portilla, J. Ramos. Diferencias en pacientes oncológicos y no oncológicos ingresado en una unidad de cuidados paliativos de reciente creación en un hospital de tercer nivel en la Comunidad Valenciana, España. Med Paliat.2017.
3. Boceta Osuna J, et al. Dolor irruptivo y calidad de vida: Estudio comparativo de la percepción por parte de los médicos y los pacientes oncológicos. Med Paliat, 2015.
4. Antolínez portillo A, Pérez P, Molina B, López D. Consumo de opioides en pacientes hospitalizados en un centro oncológico. Rev. Colomb. Cancerol. 2017 21 (4): 194-201.
5. Astudillo Alarcón W, Díaz-Albo E, García J.M, Mendinueta C, Granja P, De la Fuente C, Orbegozo A, Urdaneta E, Salinas A, Montiano E, González J.R, Torres L.M. Cuidados paliativos y tratamiento del dolor en la solidaridad internacional. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2009; 16(4):246-255.
6. López R. Prevalencia del dolor en enfermos oncológicos. Dolor irruptivo. Med. Paliat. 2015; 22(Supl.1).
7. Pozo A. Manejo de opioides para el dolor basal e irruptivo oncológico. Med Paliat. 2015; 22(Supl.1)

8. Cruz C, Cruz A, Guillen R, Talavera I, Ocampo A, Meynard F, Granera B, Calderón P, Guerrero S, Hernández X. Propuesta técnica para el inicio de los servicios de cuidados paliativos en Nicaragua. Comisión nacional de cáncer en Nicaragua, Septiembre (2017).
9. Huerta M., Humaña J, Vanegas A. (2016). Humanización de los cuidados paliativos brindados por el personal de enfermería a los pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital Dr. Roberto Calderón Gutiérrez. Tesis no publicada. Managua, Nicaragua
10. Blandón G. (2018). correlación Interobservador de las escalas funcionales en pacientes oncológicos hospitalizados en la sala de hematoncología del hospital escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez del 1 al 31 de enero 2018. Tesis no publicada. Managua, Nicaragua.
11. López J, Rivera-Largacha S. History of the Concept of Total Pain and Reflections on Humanization of Assistance for Terminal Patients. Rev. Cienc. Salud. Bogotá, Colombia, vol.16 (2): 340-356, mayo-agosto de 2018.
12. Norma de Cuidados Paliativos y Protocolo para los Cuidados Paliativos, Managua, Nicaragua 2010. Normativa 039.
13. Sanz M.E, Molinero E. Cuidados paliativos en el paciente oncológico, Medicine. 2013; 11(27):1669-76.
14. Pérez R, García P, Murillo M, González N. Protocolo terapéutico del dolor oncológico. Medicine. 2017; 12(31):1862-67.
15. Reyes Chiquete D, González JC, Mohar A, Meneses A. Epidemiología del dolor por cáncer. Rev. Soc. Esp. Dolor 2011; 2: 118-134.

16. Robles F, Sanz F, González J, Beltrán M, López J.M. Alivio del dolor como parte de los cuidados al final de la vida. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 2005; 40(6):357-64
17. Khosravi Shahi P, Del Castillo A, Pérez G. Manejo del dolor oncológico. An Med. Interna (Madrid) 2007; 24: 554-557.
18. Zas V, Rodríguez J, Silva E. El dolor y su manejo en los cuidados paliativos. Panorama Cuba y Salud 2013; 8(2):41-48.
19. Arraras J, Martínez M, Manterota A, Laínez N. La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico. el grupo de calidad de vida de la EORTC. psicooncología. Vol. 1, Núm. 1, 2004, pp. 87-98.
20. Torre F, J. Martín J, Callejo A, Gómez C, La Torre S, Vallejo R, Arizaga A. Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor. Rev. Soc. Esp. Dolor vol.15 no.2 Madrid mar. 2008
21. Zaider G. Triviño V, Olivia Sanhueza A. Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. Aquichan vol.5 no.1 Bogotá Jan. /Dec. 2005.
22. Badia X, Muriel C, Gracia A, Núñez-Olarte J, Perulero N, Gálvez R, Carulla J, Cleeland C. Validación española del cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica. Med. Clin. (Barcelona-España) 2003; 120(2):52.

XIII. ANEXOS

TABLAS DE RESULTADOS

Tabla No 1. Características Sociodemográficas de los pacientes con neoplasias sólidas atendidos en la clínica de cuidados paliativos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez de octubre a diciembre de 2018.

n = 30		
	N°	%
Sexo		
Masculino	18	60
Femenino	12	40
Procedencia		
Urbano	17	56.7
Rural	13	43.3
Escolaridad		
Alfabetizado	5	16.7
Primaria	16	53.3
Secundaria	6	20
Universidad	3	10
Tipo de convivencia		
Solo	1	3.3
Pareja/familia	29	96.7
Estatus laboral		
Trabajando	3	10
Desempleado	10	33.3
Discapacitado	9	30
Jubilado	8	26.7
	X±DE	(mínimo - máximo)
Edad en años	58.87±15.06	(31 - 84)

Fuente: Expedientes Clínicos y CBD.

Tabla No 2. Condicionantes de la salud actual de los pacientes con neoplasias solidas atendidos en la clínica de cuidados paliativos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez de octubre a diciembre de 2018.

n = 30		
	N°	%
Hábitos tóxicos		
Tabaquismo	8	26.7
Consumo de alcohol	11	36.7
Comorbilidades		
Hipertensión arterial	9	30
Diabetes mellitus	6	20
Cardiopatía	2	6.7
EPOC	1	3.3
Artritis reumatoidea	1	3.3
Tipo de neoplasia		
Cabeza y cuello	5	16.7
Vulva	1	3.3
Cuello uterino	1	3.3
Osteosarcoma	3	10
Colorrectal	2	6.7
Esófago	1	3.3
Mama	2	6.7
Páncreas	2	6.7
Próstata	3	10
Pulmón	7	23.3
Gástrico	1	3.3
Renal	1	3.3
Melanoma	1	3.3
Enfermedad metastásica	18	60
Años de diagnóstico		
Menos de 1 año	14	46.7
De 1 a 5 años	11	36.7
Más de 5 años	5	16.7

Fuente: Expedientes Clínicos y CBD.

Tabla No 3. Puntuación del ECOG y tratamiento recibido en los pacientes con neoplasias solidas atendidos en la clínica de cuidados paliativos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez de octubre a diciembre de 2018.

n = 30		
ECOG	N°	%
1	7	23.3
2	7	23.3
3	10	33.3
4	6	20
Tratamiento empleado		
Cirugía	6	20
Quimioterapia	20	66.7
Radioterapia	13	43.3
Ninguno	5	16.7

Fuente: Expedientes Clínicos y CBD.

Tabla No 4. Puntuación del ECOG y tratamiento recibido en los pacientes con neoplasias solidas atendidos en la clínica de cuidados paliativos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez de octubre a diciembre de 2018.

n = 30					
ECOG	Quimioterapia (n=20)	Radioterapia (n=13)	Cirugia (n=6)	Ninguno (n=5)	Total
1	5(25%)	3(23.1%)	1(16.7%)	1(20%)	10
2	6(30%)	0	2(33.3%)	1(20%)	9
3	5(25%)	7(53.8%)	1(16.7%)	2(40%)	15
4	4(20%)	3(23.1%)	2(33.3%)	1(20%)	10

Fuente: Expedientes Clínicos y CBD.

Tabla No 5. Evaluación del dolor oncológico en los pacientes con neoplasias solidas atendidos en la clínica de cuidados paliativos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez de octubre a diciembre de 2018.

n = 30		
	N°	%
Tipo de dolor		
Nociceptivo	19	63.3
Neuropático	1	3.3
Ambos	10	33.3
Localización del dolor		
Cabeza y cuello	4	13.3
Extremidades superiores	2	6.7
Tórax	5	16.7
Espalda	8	26.7
Abdomen	2	6.7
Pelvis y periné	5	16.7
Extremidades inferiores	4	13.3
	X±DE	(mínimo - máximo)
Intensidad del dolor		
Escala visual del dolor al ingreso	6.47±2.24	(1 - 10)
Intensidad Maxima del dolor	6.7±2.60	(2 - 10)
Intensidad Media del dolor	3.97±2.26	(0 - 8)
Intensidad Minima del dolor	2.7±2.33	(0 - 8)
Intensidad del dolor actual	3.60±3.20	(0 - 10)

Fuente: Expedientes Clínicos y CBD.

Tabla No 6. Evaluación del dolor oncológico en los pacientes con neoplasias solidas atendidos en la clínica de cuidados paliativos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez de octubre a diciembre de 2018.

n = 30		
	N°	%
Numero de crisis de dolor		
1-3 Crisis	16	53.3
4-6 Crisis	7	23.3
mas de 6 Crisis	7	23.3
Duracion Media de las Crisis		
1-10 minutos	6	20
11-25 minutos	6	20
mas de 25 minutos	18	60
Sintomas asociados		
Disnea	8	26.7
Nauseas/vomitos	11	36.7
Estreñimiento	16	53.3
Depresion	11	36.7
Ansiedad	4	13.3
Insomnio	9	30

Fuente: Expedientes Clínicos y CBD.

Tabla No 7. Tratamiento del dolor oncológico en los pacientes con neoplasias solidas atendidos en la clínica de cuidados paliativos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez de octubre a diciembre de 2018.

n = 30		
	N°	%
Tratamiento Utilizado		
Morfina	17	56.7
Acetaminofen	2	6.7
Dexketoprofeno	3	10
Ibuprofeno	8	26.7
Tramadol	11	36.7
Clonixinato de Lisina	2	6.7
Ibuprofeno+Tramadol	7	23.3
Tratamiento Adyuvante		
Carbamacepina	1	3.3
Gabapentina	14	46.7
	X±DE	(mínimo - máximo)
Dosis de fármacos usados		
Morfina	24.7±11.24	(20 - 60)
Ibuprofeno	1,050±297.6	(400 - 1200)
Tramadol	95.45±26.96	(50 - 150)
Acetaminofen	2,000	
Alivio del dolor (%)	60.33±32.32	(0 - 100)

Fuente: Expedientes Clínicos y CBD.

Tabla No 8. Tipo de tratamiento utilizado para el dolor y estreñimiento en pacientes con neoplasias solidas atendidos en la clínica de cuidados paliativos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez de octubre a diciembre de 2018.

n = 30		
Tratamiento Utilizado	Estreñimiento	
	N°	%
Morfina	12	75.0
Acetaminofen	1	6.3
Dexketoprofeno	1	6.3
Ibuprofeno	2	12.5
Tramadol	4	25.0
Clonixinato de Lisina	1	6.3
Iboprofeno+Tramadol	2	12.5

Fuente: Expedientes Clínicos y CBD.

Tabla No 9. Interferencia del dolor oncológico en la calidad de vida en pacientes con neoplasias sólidas atendidos en la clínica de cuidados paliativos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez de octubre a diciembre de 2018.

n = 30		
	X±DE	(mínimo - máximo)
Interferencia del dolor ultimas 24 hrs.		
Actividad general	6.07±3.83	(0 - 10)
Estado de animo	5.13±3.49	(0 - 10)
Capacidad para caminar	6.97±3.55	(0 - 10)
Relaciones Interpersonales	5.07±3.75	(0 - 10)
Sueño	4.17±3.94	(0 - 10)
Capacidad de diversion	5.73±3.79	(0 - 10)

Fuente: Expedientes Clínicos y CBD.

Tabla No 10. Características sociodemográficas según la intensidad máxima del dolor en pacientes con neoplasias solidas atendidos en la clínica de cuidados paliativos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez de octubre a diciembre de 2018.

n = 30				
	Leve (n=4)	Moderado (n=13)	Severo (n=13)	Total (n=30)
Sexo				
Masculino	3(16.7%)	8(44.4%)	7(38.9%)	18
Femenino	1(8.3%)	5(41.7%)	6(50%)	12
Procedencia				
Urbano	1(5.9%)	6(35.3%)	10(58.8%)	17
Rural	3(23.1%)	7(53.8%)	3(23.1%)	13
Escolaridad				
Alfabetizado	1(20%)	3(60%)	1(20%)	5
Primaria	2(12.5%)	7(43.8%)	7(43.8%)	16
Secundaria	0	2(33.3%)	4(66.7%)	6
Universidad	1(33.3%)	1(33.3%)	1(33.3%)	3
Tipo de convivencia				
Solo	0	0	1(100%)	1
Pareja/familia	4(13.8%)	13(44.8%)	12(41.4%)	29
Estatus laboral				
Trabajando	2(66.7%)	1(33.3%)	0	3
Desempleado	1(10%)	3(30%)	6(60%)	10
Discapacitado	1(11.1%)	5(55.6%)	3(33.3%)	9
Jubilado	0	4(50%)	4(50%)	8

Fuente: Expedientes Clínicos y CBD.

Tabla No 11. Características clínicas según la intensidad máxima del dolor en pacientes con neoplasias solidas atendidos en la clínica de cuidados paliativos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez de octubre a diciembre de 2018.

n = 30				
	Leve (n=4)	Moderado (n=13)	Severo (n=13)	Total (n=30)
Enfermedad Metastasica				
Si	1(5.6%)	8(44.4%)	9(50%)	18
No	3(25%)	5(41.7%)	4(33.3%)	12
Numero de crisis de dolor				
1-3 Crisis	4(25%)	8(50%)	4(25%)	16
4-6 Crisis	0	4(57.1%)	3(42.9%)	7
mas de 6 Crisis	0	1(14.3%)	6(85.7%)	7
Duracion Media de las Crisis				
1-10 minutos	2(33.3%)	3(50%)	1(16.7%)	6
11-25 minutos	1(16.7%)	4(66.7%)	1(16.7%)	6
mas de 25 minutos	1(5.6%)	6(33.3%)	11(61.1%)	18
Tratamiento Utilizado				
Morfina	0	7(41.2%)	10(58.8%)	17
Acetaminofen	0	1(50%)	1(50%)	2
Dexketoprofeno	0	2(66.7%)	1(33.3%)	3
Ibuprofeno	3(37.5%)	2(25%)	3(37.5%)	8
Tramadol	3(27.3%)	5(45.5%)	3(27.3%)	11
Clonixinato de Lisina	0	1(50%)	1(50%)	2
Ibuprofeno+Tramadol	4(13.3%)	13(43.3%)	13(43.3%)	30

Fuente: Expedientes Clínicos y CBD.

Tabla No 12. Clasificación e intensidad máxima del dolor en pacientes con neoplasias solidas atendidos en la clínica de cuidados paliativos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez de octubre a diciembre de 2018.

n = 30				
	Leve (n=3)	Moderado (n=18)	Severo (n=9)	Total (n=30)
Intensidad del dolor al ingreso				
Nocioceptivo	1(5.3%)	12(63.2%)	6(31.6%)	19
Neuropatico	1(100%)	0	0	1
Ambos	1(10%)	6(60%)	3(30%)	10
	Leve (n=4)	Moderado (n=13)	Severo (n=13)	Total (n=30)
Intensidad del dolor al final				
Nocioceptivo	3(15.8%)	8(42.1%)	8(42.1%)	19
Neuropatico	1(100%)	0	0	1
Ambos	0	5(50%)	5(50%)	10

Fuente: Expedientes Clínicos y CBD.

Tabla No 13. Tipo de neoplasia y relación de la intensidad máxima del dolor al ingreso y al final de los pacientes con neoplasias solidas atendidos en la clínica de cuidados paliativos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez de octubre a diciembre de 2018.

	Intensidad máxima del dolor al ingreso				Intensidad máxima del dolor al final			
	n	X ± DE	Mínimo	Máximo	X ± DE	Mínimo	Máximo	
Cabeza y cuello	5	6.4 ± 2.608	3	10	6.4 ± 1.949	4	9	
Vulva	1	7	7	7	10	10	10	
Cuello uterino	1	1	1	1	2	2	2	
Osteosarcoma	3	6.67 ± 1.528	5	8	6.67 ± 4.163	2	10	
Colorrectal	2	9 ± 1.414	8	10	7.5 ± 3.536	5	10	
Esófago	1	10	10	10	10	10	10	
Mama	2	5 ± 1.414	4	6	8.5 ± 2.121	7	10	
Páncreas	2	9 ± 1.414	8	10	8 ± 0	8	8	
Próstata	3	5.67 ± 1.528	4	7	6.33 ± 4.041	2	10	
Pulmón	7	6.29 ± 2.059	2	8	5.71 ± 2.059	2	8	
Gástrico	1	6			6			
Renal	1	6			9			
Melanoma	1	5			5			

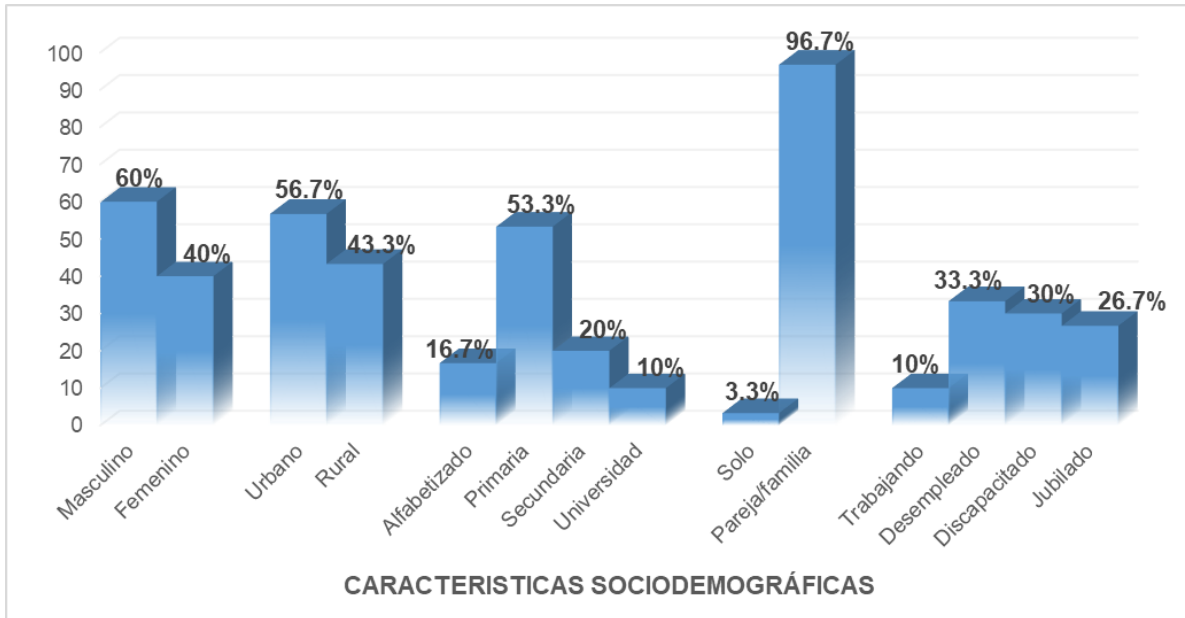
Fuente: Expedientes Clínicos y CBD.

Tabla No 14. Características clínicas y uso de opiáceos en pacientes con neoplasias solidas atendidos en la clínica de cuidados paliativos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez de octubre a diciembre de 2018.

		n = 30	
		Uso de opiáceos	
		N°	%
Sexo			
	Masculino	10	58.8
	Femenino	7	41.2
Tipo de neoplasia			
	Cabeza y cuello	3	17.6
	Vulva	1	5.9
	Cuello uterino	0	0.0
	Osteosarcoma	2	11.8
	Colorrectal	1	5.9
	Esófago	1	5.9
	Mama	1	5.9
	Páncreas	2	11.8
	Próstata	1	5.9
	Pulmón	4	23.5
	Gástrico	1	5.9
	Renal	0	0
	Melanoma	0	0
Enfermedad metastásica		12	70.6
Años de diagnóstico			
	Menos de 1 año	11	64.7
	De 1 a 5 años	6	35.3
	Más de 5 años	0	0
ECOG			
	1	1	5.9
	2	3	17.6
	3	8	47.1
	4	5	29.4
Tipo de dolor			
	Nociceptivo	12	70.6
	Neuropático	0	0
	Ambos	5	29.4
Numero de crisis de dolor			
	1-3 Crisis	6	35.3
	4-6 Crisis	5	29.4
	mas de 6 Crisis	6	35.3
Duracion Media de las Crisis			
	1-10 minutos	3	17.6
	11-25 minutos	2	11.8
	mas de 25 minutos	12	70.6

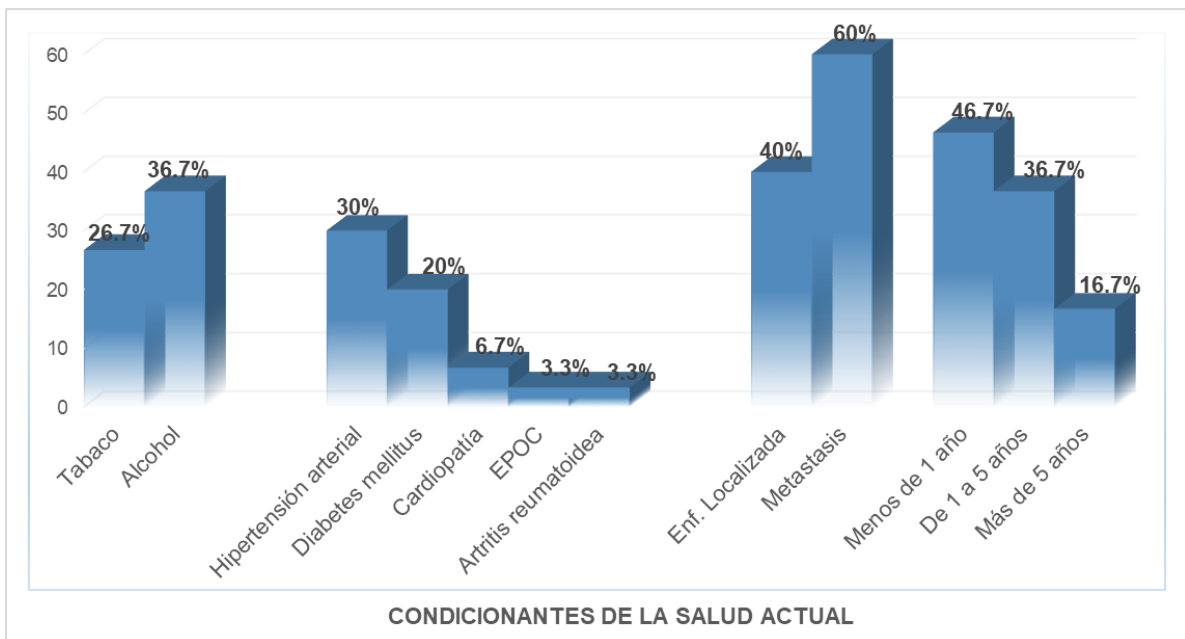
Fuente: Expedientes Clínicos y CBD.

Grafico No 1.Características Sociodemográficas de los pacientes con neoplasias solidas atendidos en la clínica de cuidados paliativos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez de octubre a diciembre de 2018.



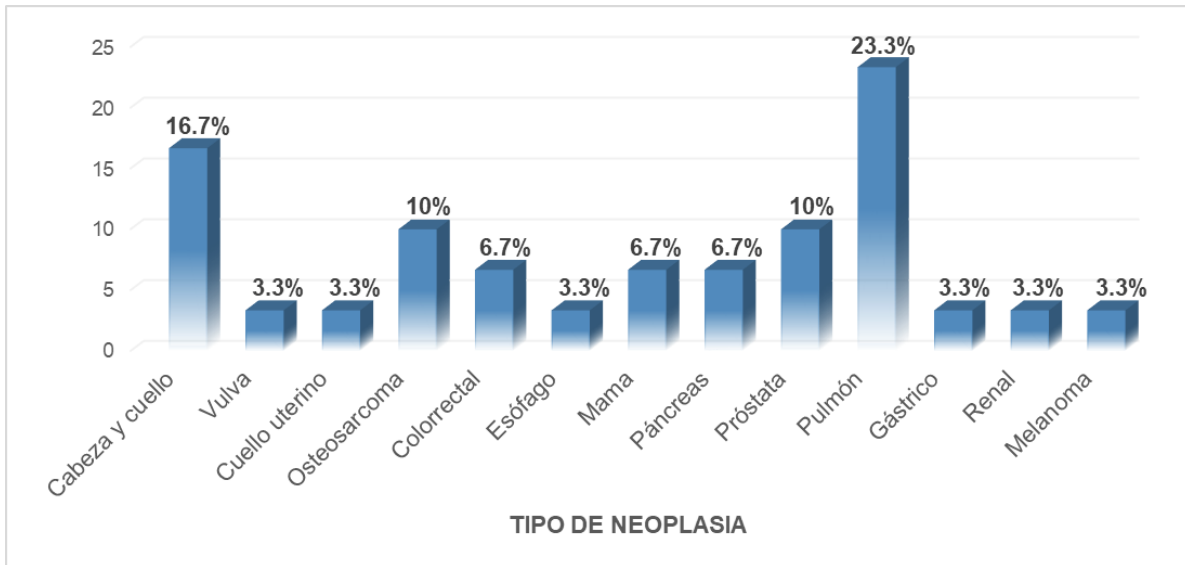
Fuente: Tabla N°1.

Grafico No 2.Condicionantes de la salud actual de los pacientes con neoplasias solidas atendidos en la clínica de cuidados paliativos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez de octubre a diciembre de 2018.



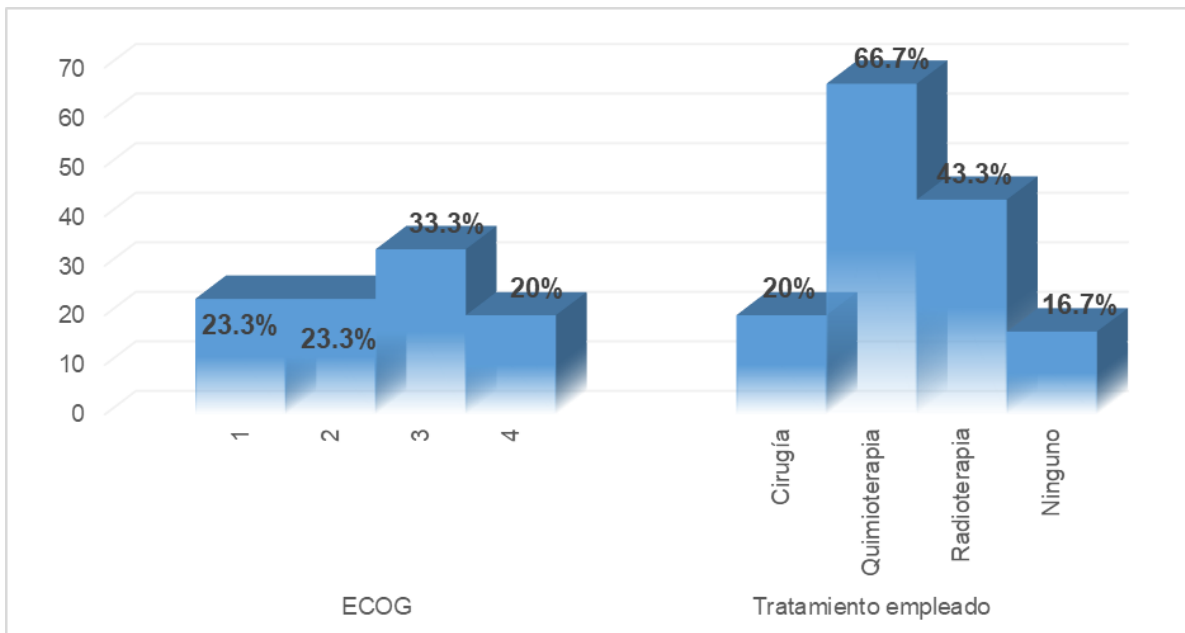
Fuente: Tabla N° 2.

Grafico No 3. Tipo de neoplasia solida de los pacientes atendidos en la clínica de cuidados paliativos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez de octubre a diciembre de 2018.



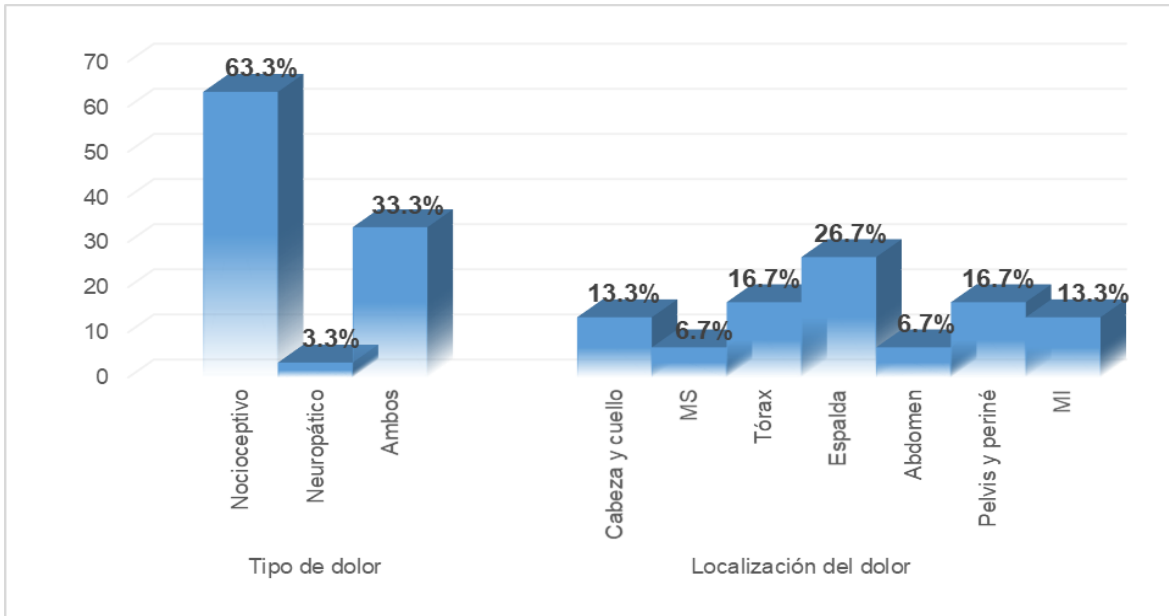
Fuente: Tabla N° 2.

Grafico No 4. Puntuacion del ECOG y tratamiento recibido en los pacientes con neoplasias solidas atendidos en la clínica de cuidados paliativos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez de octubre a diciembre de 2018.



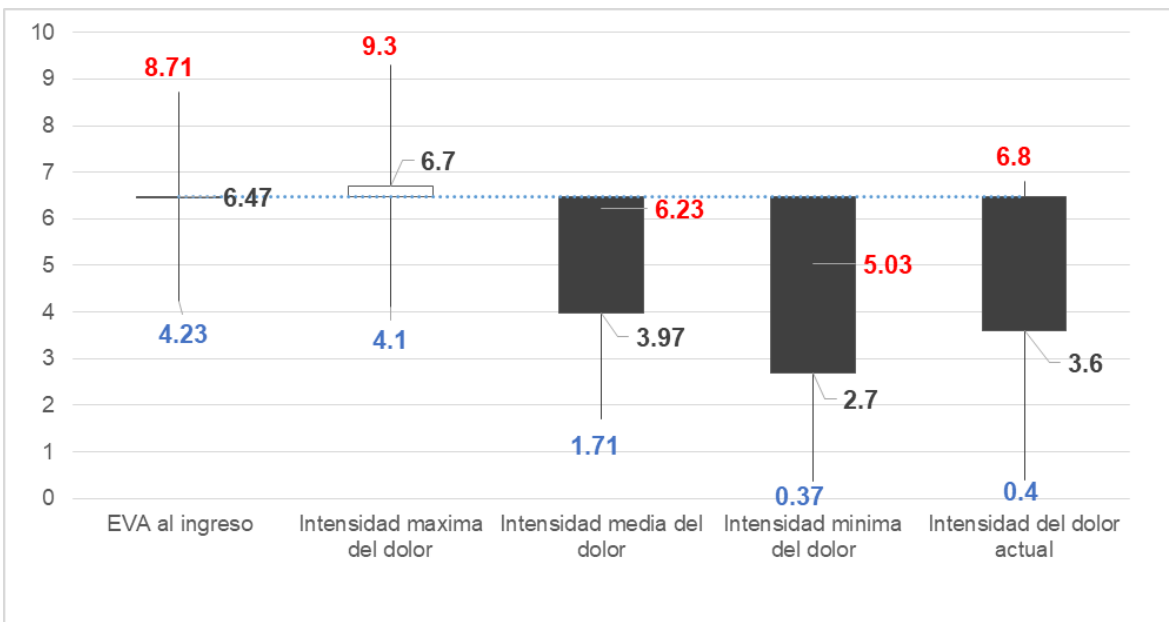
Fuente: Tabla N° 3.

Grafico No 5. Características del dolor oncológico en los pacientes con neoplasias sólidas atendidos en la clínica de cuidados paliativos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez de octubre a diciembre de 2018.



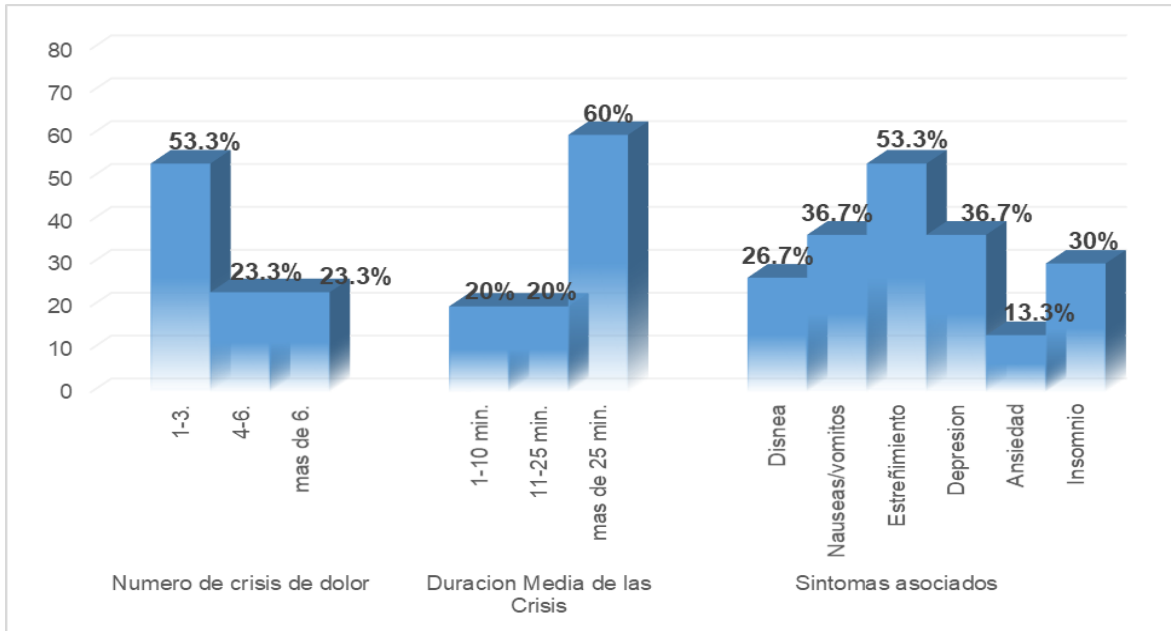
Fuente: Tabla N° 5.

Grafico No 6. Características del dolor oncológico en los pacientes con neoplasias sólidas atendidos en la clínica de cuidados paliativos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez de octubre a diciembre de 2018.



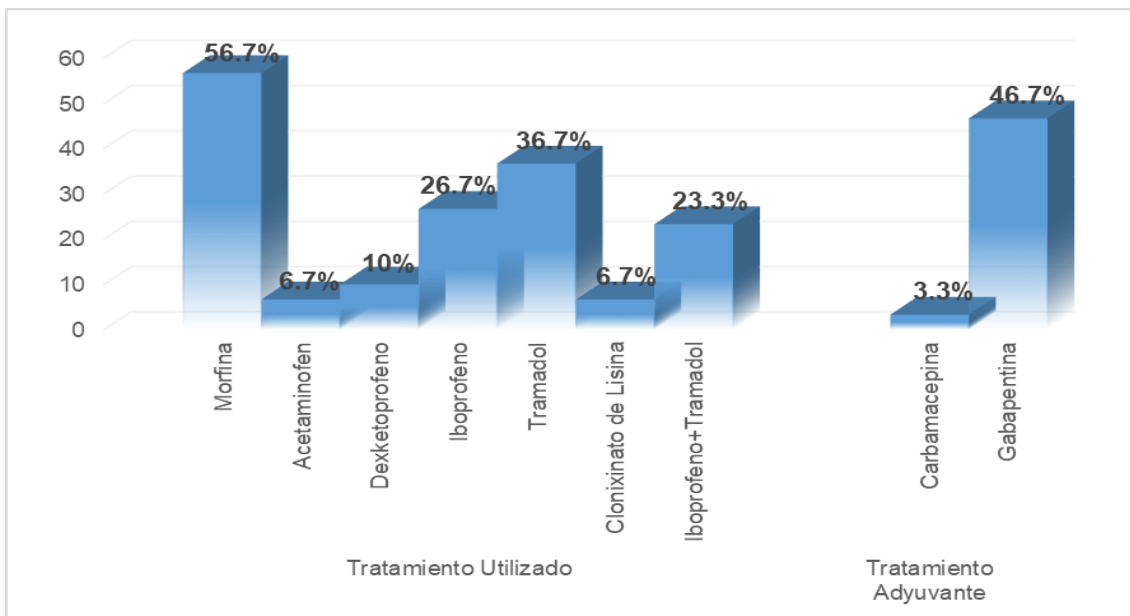
Fuente: Tabla N° 5.

Grafico No 7. Evaluacion del dolor oncológico en los pacientes con neoplasias solidas atendidos en la clínica de cuidados paliativos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez de octubre a diciembre de 2018.



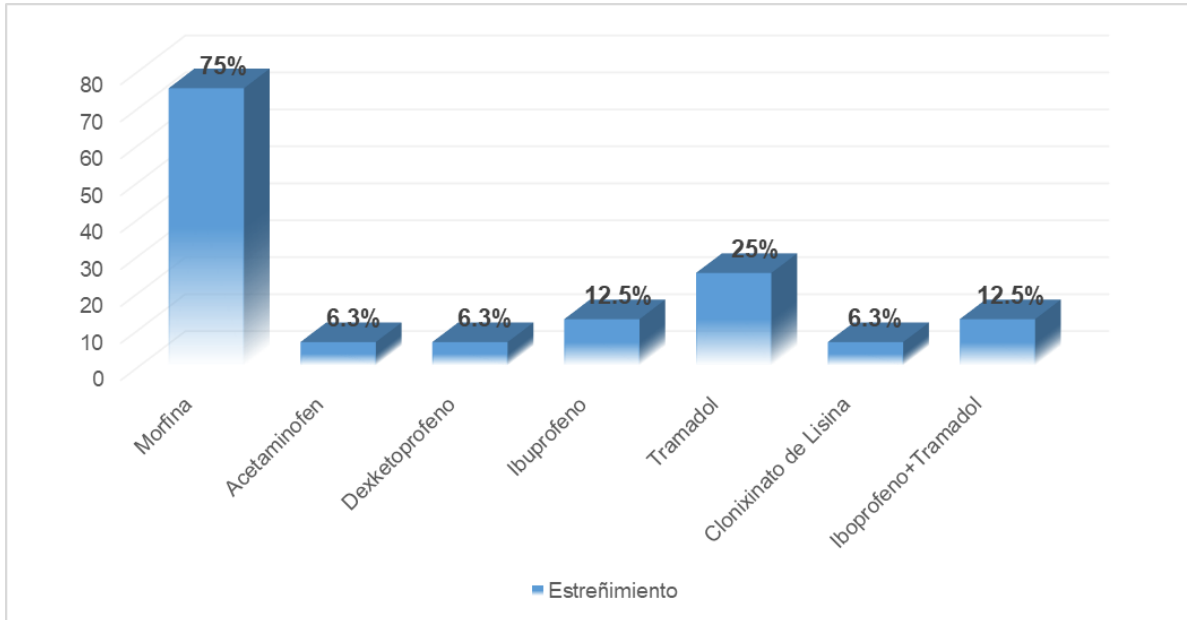
Fuente: Tabla N° 6.

Grafico No 8. Tratamiento del dolor oncológico en los pacientes con neoplasias solidas atendidos en la clínica de cuidados paliativos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez de octubre a diciembre de 2018.



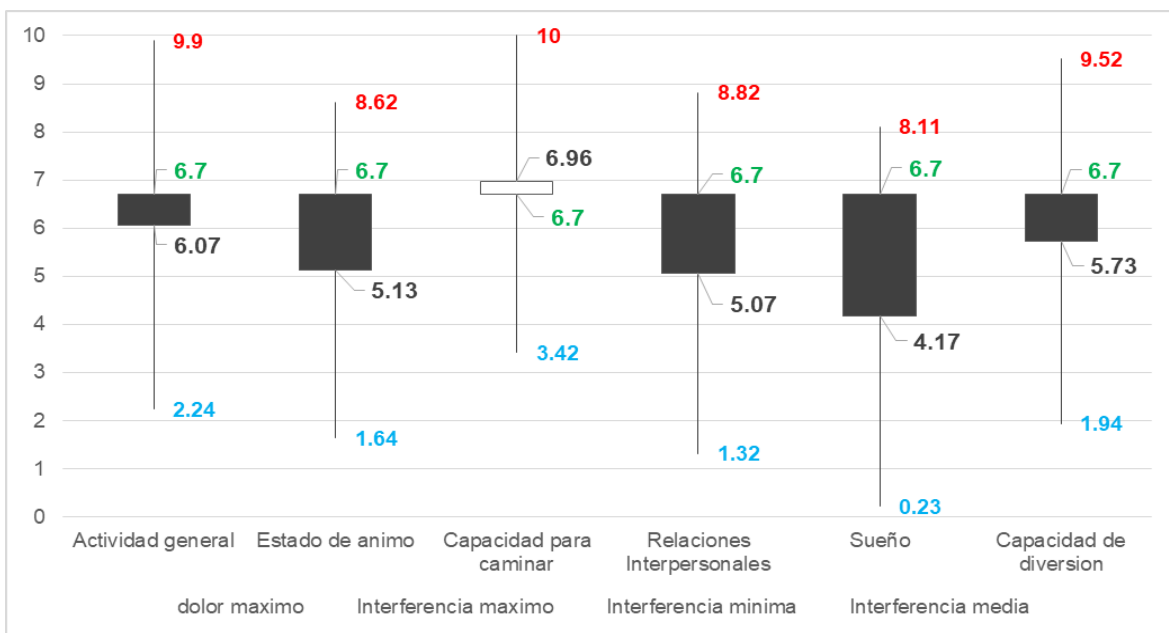
Fuente: Tabla N° 7.

Tabla No 9. Tipo de tratamiento utilizado para el dolor y estreñimiento en pacientes con neoplasias solidas atendidos en la clínica de cuidados paliativos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez de octubre a diciembre de 2018.



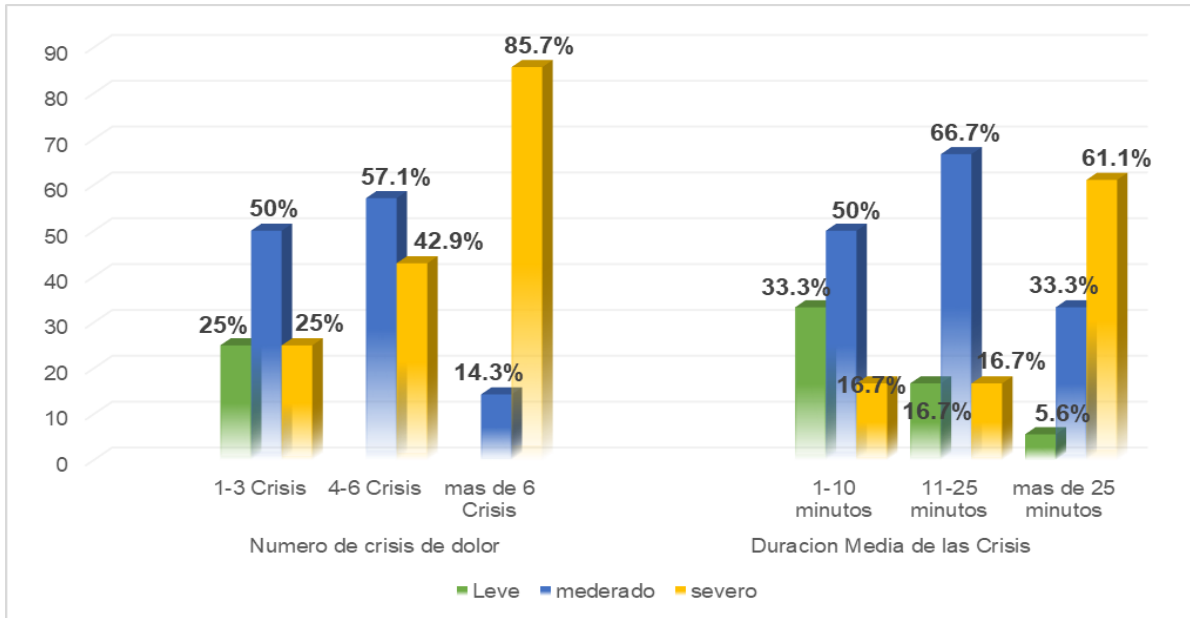
Fuente: Tabla N° 8.

Grafico No 10. Interferencia del dolor oncológico en la calidad de vida en pacientes con neoplasias solidas atendidos en la clínica de cuidados paliativos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez de octubre a diciembre de 2018.



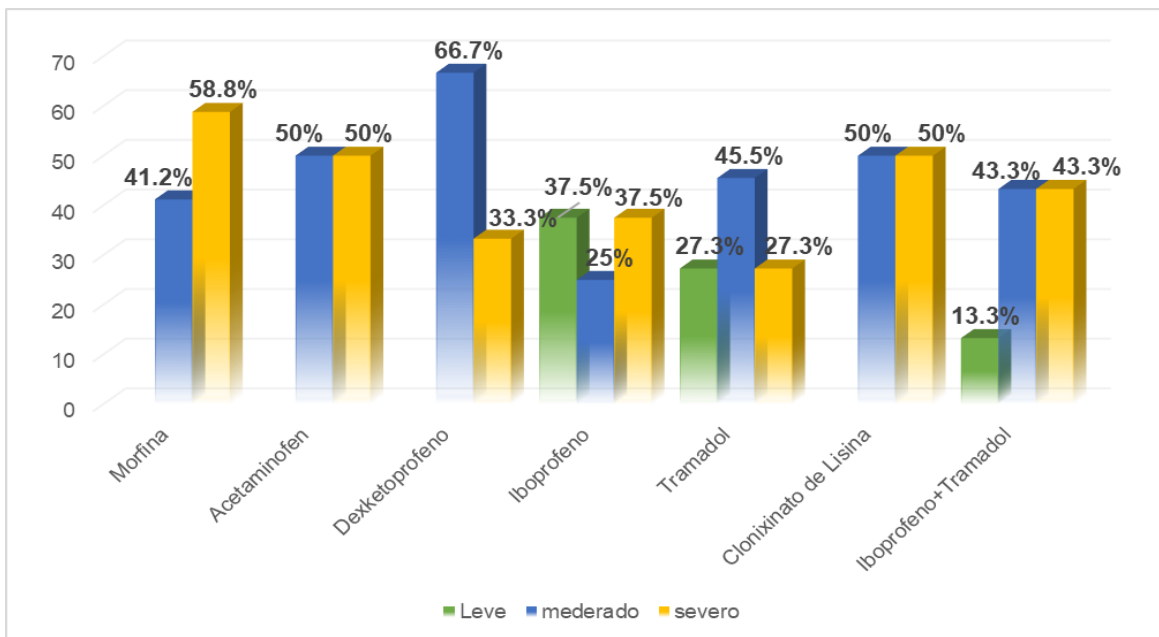
Fuente: Tabla N° 9.

Grafico No 11. Características clínicas según la intensidad máxima del dolor en pacientes con neoplasias solidas atendidos en la clínica de cuidados paliativos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez de octubre a diciembre de 2018.



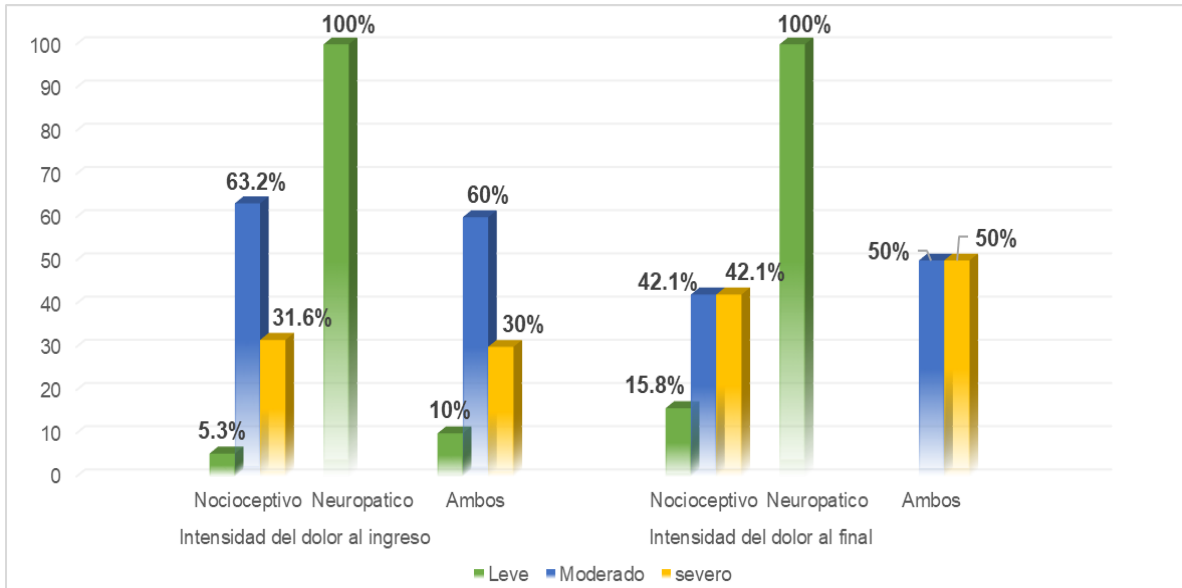
Fuente: Tabla N° 11.

Grafico No 12. Tratamiento indicado según la intensidad máxima del dolor en pacientes con neoplasias solidas atendidos en la clínica de cuidados paliativos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez de octubre a diciembre de 2018.



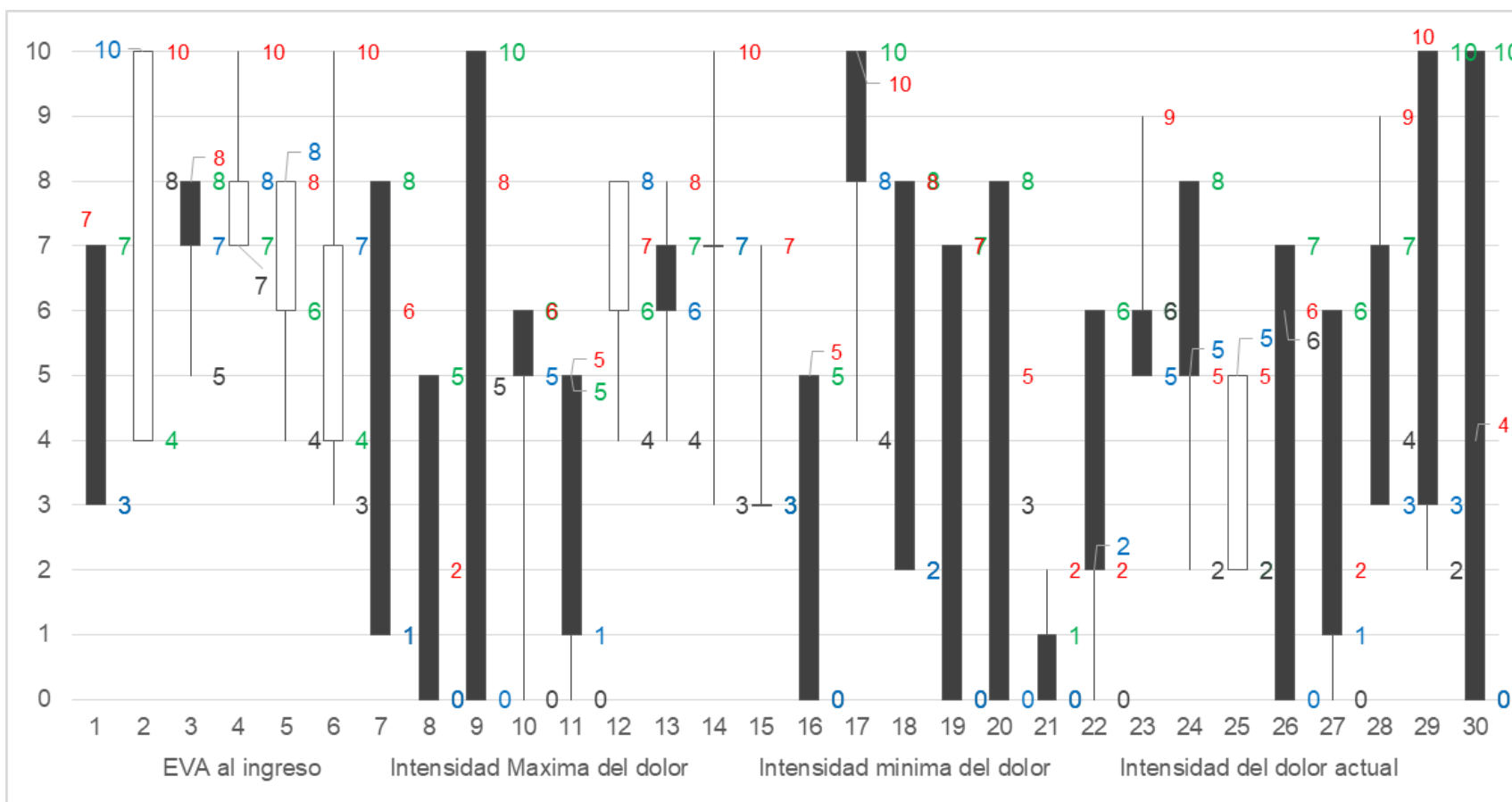
Fuente: Tabla N° 11

Grafico No 13. Clasificación e intensidad máxima del dolor en pacientes con neoplasias solidas atendidos en la clínica de cuidados paliativos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez de octubre a diciembre de 2018.



Fuente: Tabla N° 12

Grafico No 14. Comportamiento de la intensidad del dolor al ingreso, intensidad máxima, intensidad mínima e intensidad actual del dolor según EVA, en pacientes con neoplasias solidas atendidos en la clínica de cuidados paliativos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez de octubre a diciembre de 2018.



Fuente: Base de datos



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
UNAN – MANAGUA



"Manejo del dolor oncológico y calidad de vida en pacientes con neoplasias solidas atendidos en la clínica de cuidados paliativos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez de octubre a Diciembre de 2018".

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad: _____

Procedencia

- Urbana
- Rural

Sexo

- Masculino
- Femenino

Tipo de convivencia

- solo
- pareja/familiar
- Otro

Escolaridad

- Analfabeta
- Primaria
- Secundaria
- Universidad

Estatus Laboral

- trabajando
- desempleado
- discapacidad
- jubilado

II. CONDICIONANTES DE LA SALUD ACTUAL

Conocedor de su enfermedad

- Si
- No

Patologías Concomitantes

- Artritis Reumatoide
- Hipertensión Arterial
- EPOC
- Cardiopatía
- Enfermedad cerebrovascular
- Diabetes Mellitus

Tabaquismo

- Si
- No

Duración de la enfermedad

- Menor de 1 año
- 1 a 5 años
- mayor de 5 años

Alcoholismo

- Si
- No

Localización del tumor :

Enfermedad Metastásica

- Si
- No

- Radioterapia
- Cirugía
- Otros

Puntuación de ECOG

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

Síntomas asociados

- disnea
- nauseas
- estreñimiento
- depresión
- Ansiedad
- Insomnio

Abordaje terapéutico

- quimioterapia

III. Evaluación del dolor y terapéutica utilizada

Tipo de dolor

- Nociceptivo
- Neuropático
- Ambos

Fármaco Utilizado

- morfina de liberación rápida
- Tramadol
- Ibuprofeno
- Acetaminofén
- Otros: _____

Localización del Dolor

- Cabeza y Cuello
- extremidades superiores
- extremidades inferiores
- Tórax
- Espalda
- Abdomen
- Pelvis y periné

Dosis utilizado _____

Fármaco Adyuvante: _____

Intensidad del dolor al ingreso: _____

- Sin Dolor (EVA: 0)
- Dolor Leve (EVA: 1-3)
- Dolor Moderado (EVA: 4-7)
- Dolor severo (EVA: 8-10)

Número de crisis de dolor en las últimas 24 h

- 1-3
- 4-6
- >6

Duración media de las crisis de dolor

- 1-10 min
- 11-25 min
- >25 min

Uso de opiáceos de base

- Si
- No

6. Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad de su dolor **actual**.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ningún Dolor										El Peor Dolor Imaginable

7. ¿Qué tratamiento o medicamento recibe para su dolor? _____

8. ¿En las últimas 24 horas, cuánto **alivio** ha sentido con el tratamiento o con el medicamento? Indique con un círculo el porcentaje que mejor se adapta a su alivio.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Ningún Alivio										Alivio Total

9. Haga un círculo alrededor del número que mejor describe la manera en que el **dolor ha interferido**, durante las últimas 24 horas, con su:

A. Actividad en general

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Interfiere										Interfiere por Completo

B. Estado de ánimo

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Interfiere										Interfiere por Completo

C. Capacidad de caminar

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Interfiere										Interfiere por Completo

D. Trabajo normal (ya sea en casa o afuera)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Interfiere										Interfiere por Completo

E. Relaciones con otras personas

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Interfiere										Interfiere por Completo

F. Sueño

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Interfiere										Interfiere por Completo

G. Capacidad de diversión

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Interfiere										Interfiere por Completo

“Manejo del dolor oncológico y calidad de vida en pacientes con neoplasias solidas atendidos en la clínica de cuidados paliativos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez de octubre a diciembre de 2018”.