



**Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería y Obstetricia
Carrera de Enfermería**

CUIDADOS DOMICILIARIOS PARA EL ALIVIO DEL DOLOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN ETAPA TERMINAL

**SEMINARIO TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA**

Docente Guía: Viviana Guerra.

**Autores: Francisca Barrera S.
Paulina Castillo M.
César Cortés J.
Claudia Martínez E.
Marlen Morales P.
Pamela Serrano M.**

**Valparaíso - Chile
2008**

ÍNDICE

Contenidos	Páginas
Capítulo I : Introducción	
• Introducción.	6
• Delimitación del Problema.	8
• Definición de Términos.	8
• Fundamentación.	10
• Limitaciones del Estudio.	13
Capítulo II : Marco Conceptual	
- ¿Qué son los Cuidados Paliativos?	15
- Función Asistencial	17
- Función docente	18
- Función administrativa	18
- Función investigativa	18
- El Manejo Psicológico del Paciente Terminal	19
- Principios éticos en los cuidados domiciliarios para el alivio del dolor	21
- Dolor.	22
- Fisiopatología del dolor.	23
- Clasificación del dolor.	24
- Manejo del dolor por cáncer.	26
- Evaluación del dolor.	27
- Cuidados para el manejo del dolor	30
- AINES	33
- Opiáceos.	33
- Síndrome de Burn out.	35
- Calidad de Vida.	37
• Objetivos Generales.	39
• Objetivos específicos.	39

Capítulo III : Metodología	40
• Tipo de Diseño de Investigación.	41
• Organización del Trabajo en Grupo.	41
• Población en Estudio – Definición del Universo.	42
• Diseño Muestral.	42
• Método de Recolección de Datos.	43
• Criterios de Exclusión.	43
• Descripción del Instrumento.	44
• Operacionalización de Variables.	45
Capítulo IV: Análisis y Resultados	
• Resultados del Estudio	53
Capítulo V: Resumen, Conclusiones y Recomendaciones	
• Resumen	75
• Conclusiones	78
• Sugerencias	82
Capítulo VI: Bibliografía	
• Bibliografía	84
Capítulo VII: Anexos	
• Anexo N° 1: Escala Analgésica de la OMS.	87
• Anexo N° 2: Peldaños Escala Analgésica OMS.	88
• Anexo N° 3: Programa Nacional de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor por Cáncer.	90
• Anexo N° 4: Consentimiento Informado.	92
• Anexo N° 5: Instructivo.	93
• Anexo N° 6: Instrumento.	94
a) Sección I.	95
b) Sección II.	96

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y CUADROS

	Páginas
Gráfico N° 1: Edad de las Personas del Estudio.	53
Gráfico N° 2: Sexo de las Personas del Estudio.	53
Gráfico N° 3: Conocimiento del Diagnóstico por parte del Paciente.	54
Gráfico N° 4: Intensidad del Dolor presentado por los Pacientes.	55
Gráfico N° 5: Etapa en la Escala Performance Status de la ECOG.	56
Gráfico N° 6: Edad del Cuidador Principal.	57
Gráfico N° 7: Sexo del Cuidador Principal.	57
Gráfico N° 8: Escolaridad del Cuidador Principal.	58
Gráfico N° 9: Relación Cuidador Principal – Paciente.	59
Gráfico N° 10: Método de Evaluación del Dolor por el CP.	60
Gráfico N° 11: Sistema de Registro de las Evaluaciones del Dolor.	61
Gráfico N° 12: Frecuencia de la Evaluación del Dolor.	62
Gráfico N° 13: Conocimiento de los Medicamentos Indicados para el Alivio del Dolor.	63
Cuadro N° 1: Uso de Analgésicos por el Cuidador Principal según la Escala Analgésica de la OMS.	64
Gráfico N° 14: Criterio para la Administración del Medicamentos para el Alivio del Dolor.	65
Gráfico N° 15: Registro Hora y Fecha de Administración del Medicamento para el Alivio del Dolor.	66
Gráfico N° 16: Medidas Físicas para el Alivio del Dolor.	67
Gráfico N° 17: Apoyo Emocional para el Alivio del Dolor.	68
Gráfico N° 18: Apoyo Espiritual para el Alivio del Dolor.	69
Gráfico N° 19: Mantenimiento del Orden y Aseo de la Habitación.	70
Gráfico N° 20: Mantenimiento de la Iluminación de la Habitación.	71
Gráfico N° 21: Mantenimiento de la Ventilación de la Habitación.	71
Gráfico N° 22: Presencia de Colchón Antiescaras	72
Gráfico N° 23: Actividades Recreativas para el Alivio del Dolor.	73

Capítulo I: Introducción

INTRODUCCIÓN

El enfrentamiento del ser humano con cáncer en etapa terminal conlleva una serie de cambios radicales para él y sus familiares. Para el paciente supone una ruptura hacia todo lo vivido anteriormente, un enfrentamiento con su enfermedad y múltiples síntomas, además de una difícil adaptación a su nueva situación. En tanto que para la familia, supone una serie de cambios estructurales, económicos, psicológicos y sociales, convirtiéndose estos, en los cuidadores del paciente.

En el cuidador principal por lo general podemos encontrar un cansancio progresivo que lleva a un agotamiento, angustia y miedo por no saber hacerlo bien, o finalmente miedo a la pérdida del ser querido, elaborando así, cuadros depresivos y duelos patológicos de difícil corrección, posterior al fallecimiento del paciente.

Es por lo anterior, que los cuidados paliativos tienen como propósito cubrir las demandas tanto del paciente, familia y cuidador principal. Estos tienen la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de vida del paciente con cáncer terminal y apoyar también a su familia, aliviar el dolor y controlar los síntomas molestos derivados de la condición del paciente, del tratamiento administrado, de la avanzada enfermedad cancerosa, preparando y educando a la familia sobre los cuidados en el hogar.

Estas decisiones abarcan el amplio plan de cuidados paliativos que garantizan la aplicación de medidas humanas efectivas para el alivio del dolor y los síntomas durante la última fase de vida. Esta rutina que comienza a ser parte de las familias, lleva finalmente a que esta aprecie la verdadera importancia que tienen los últimos días y horas del enfermo, cumpliendo un rol fundamental en el tratamiento de éstos mismos.

A lo largo del tiempo han ocurrido cambios en la manera de enfrentar la muerte y el proceso de duelo. En épocas pasadas, ocurría en un ambiente de gracia y paz, instantes que la gente aprovechaba para dedicarse a ellos, sus familias y recuerdos, sin dejar de lado que la muerte estaba por llegar, y que esos serían los últimos momentos de sus vidas. Se consideraba a la muerte como un proceso natural de transición, sin un contexto negativo o triste como actualmente en las sociedades mundiales se vive.

Otro aspecto importante a considerar, es que uno de los síntomas más temidos por los pacientes con cáncer es el dolor, ya que éste se asocia al avance de la enfermedad y la muerte inminente, lo que finalmente trae angustia, aislamiento y disminución de la expresión del dolor.

Lamentablemente, el hecho de apreciar la muerte como un suceso negativo es muy difícil de desarraigar por todo lo que implica realizar un cambio en la cultura de una sociedad.

Asimismo, podemos agregar que la percepción de la gente hacia los cuidados domiciliarios a cambio de la atención hospitalaria, se encuentra en proceso de adaptación, ya que no se comprende que los cuidados de un enfermo en el hogar pueden llegar a ser mejores que los otorgados dentro de un hospital, y es aquí donde la familia toma un papel importante frente a los cuidados paliativos, haciéndose partícipe de manera activa a todos los integrantes de la familia y redes de apoyo externas a esta, para una atención de calidad ante una enfermedad que no tiene solución en un hospital.

Los cuidados paliativos, o la atención que recibe un enfermo terminal en su hogar por un cuidador principal (C.P.) y/o su familia, y los cuidados otorgados por el equipo de salud encabezado por los profesionales de enfermería son los motivos principales de estudiar ante una temática mundial de cambio de percepción frente a la muerte y los cuidados de los enfermos oncológicos terminales.

Chile se encuentra dentro de los países más avanzados en vías de lograr tal desarrollo. Esto se refleja en acuerdos políticos, legislativos y administrativos, que impulsan al ministerio de salud a dar más herramientas e insumos a los centros de salud para abordar esta problemática, lo que se ve manifestado en la incorporación de los Cuidados Paliativos y Alivio de Dolor en el régimen de garantías explícitas en salud (GES).

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Cuidados domiciliarios para el alivio del dolor que otorga el cuidador principal a pacientes oncológicos en etapa terminal, bajo control en las Unidades de Cuidados Paliativos de los Hospitales Gustavo Fricke y Carlos Van Buren a Octubre, 2007.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS PALABRAS CLAVES

1. Cuidados Domiciliarios para el Alivio del Dolor: Conjunto de medidas y actividades proporcionadas por el cuidador principal para el alivio del dolor de un paciente oncológico terminal en relación a:
 - 1.1. Evaluación del Dolor: Forma en que el cuidador principal mide la cantidad de dolor que el paciente tiene.
 - 1.2. Administración de Medicamentos para el Alivio del Dolor: Forma a través de la cual el cuidador proporciona los medicamentos para el alivio del dolor por vía subcutánea, oral e intramuscular bajo prescripción médica.
 - 1.3. Medidas Físicas para el Alivio del Dolor: Acciones realizadas por el cuidador principal directa o indirectamente en el cuerpo del paciente oncológico terminal para disminuir el dolor.
 - 1.4. Apoyo Emocional para el Alivio del Dolor: Actividades realizadas por el cuidador principal que tienen por objetivo disminuir el impacto emocional de la enfermedad en el paciente oncológico terminal.
 - 1.5. Apoyo espiritual para el Alivio del Dolor: Actividades que realiza el cuidador con el objetivo abarcar las creencias religiosas y espirituales del paciente oncológico terminal para el alivio del dolor.

- 1.6. Medidas relacionadas con el Ambiente Estático: Actividades realizadas por el cuidador principal que tienen por objetivo proporcionar un ambiente físico confortable y seguro para el paciente oncológico terminal.
2. Cuidador Principal (C.P.): Persona responsable del paciente que se encarga de liderar y proporcionar los cuidados de éste mismo y que puede tener o no relación de consanguinidad con él.
 3. Pacientes Oncológicos en Etapa Terminal: Personas mayores de 15 años con diagnósticos de cáncer en etapa terminal que están bajo control en el Programa de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor.
 4. Características de las Personas del Estudio: Se refiere a edad, sexo, conocimiento acerca del diagnóstico, grado de dolor y clasificación dentro de la escala Performance Status de la ECOG.
 5. Características del Cuidador Principal: Se refiere a edad, sexo, escolaridad y relación con el paciente.

FUNDAMENTACIÓN

Según la OMS, en el año 2002 el cáncer cobró la vida de más de 6.7 millones de personas en todo el mundo y es la segunda causa de muerte en los países desarrollados, en tanto en los países en vías de desarrollo figura entre las tres primeras causas de muerte entre los adultos. De todas las causas de muerte en el mundo, un 12.5% son atribuidas al cáncer. El cáncer es entonces un problema de salud pública a nivel global y afecta a las personas de diferentes edades y condiciones socioeconómicas.

El total de casos nuevos de cáncer en el mundo se estima en 11 millones al año 2002, número que aumentaría a 16 millones en el año 2020, de seguir las cosas como están. Por otro lado, en la actualidad viven 24.6 millones de personas con cáncer, lo que pudiera aumentar si no se actúa ya.

En Chile, el cáncer representa la segunda causa de muerte en la población adulta, constituyendo el 23% de la distribución porcentual de las principales causas de muerte¹ en el año 2003, según el INE. El riesgo de muerte por cáncer en Chile alcanza a 118 muertes anuales por cada 100.000 habitantes, oscilando en las regiones entre 138 y 92.

En la realidad de la región de Valparaíso se encuentra que ésta representa una tasa de 138 muertes anuales por cada 100.000 habitantes, considerada la tasa más alta del país, seguida de Magallanes y Antofagasta².

Chile se encuentra dentro de los países pioneros, junto con Costa Rica, a nivel latinoamericano en incluir dentro de sus programas de salud los cuidados paliativos, superando incluso a países como Cuba, Brasil y Argentina, en aspectos de drogas, tratamientos y abordaje de los pacientes terminales por el equipo de salud. Sin embargo, no nos encontramos al mismo nivel de las potencias mundiales como Francia, España, Canadá o Estados Unidos, las cuales cuentan con hospitales especialmente diseñados para que el paciente y su familia pasen los últimos momentos y días reunidos con

¹ DR. GONZALO VALDIVIA CABRERA, instructor departamento de salud pública, DR. GABRIEL BASTÍAS SILVA becado departamento de salud pública. Epidemiología del Cáncer en Chile. (En línea) http://escuela.med.puc.cl/publicaciones/Boletin/html/Salud_Publica/1_11.html

² Revista médica de Chile - Mortalidad por cáncer en Chile www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872001001000014&script=sci_arttext - 29k -revisada el 17/01/08

comodidades similares a las que puede ofrecer un hogar, adosándose los costos a los respectivos gobiernos.

Según estudios no avalados a junio del 2007, nuestro país en relación a cuidados paliativos, 4 de 10 pacientes insertos en el programa de cuidados paliativos y alivio del dolor está insatisfecho con la atención del equipo de salud, como también 8 de 10 pacientes diagnosticados y derivados a cuidados paliativos recibe algún tipo de atención, llegando a ser oportuna.

Se estima que al año 2020 el programa de cuidados paliativos estará inserto dentro de las potencias mundiales, lo cual remite un desafío importante para los gobiernos actuales o venideros, como para las tensiones profesionales, ya que como es sabido, no sólo nuestro país se encuentra decreciendo la población infantil y aumentando la población senil, sino más bien, esto es una realidad mundial, que cambia al aumentar las expectativas de vida, los avances tecnológicos, nuevas medicinas, como también los cambios de pensamientos de las poblaciones activas, las cuales posponen y limitan el nacimiento de nuevas generaciones.

Estos cambios sociales y psicológicos³, conllevan a prepararse de mejor manera en el enfoque de los cuidados paliativos, es por esto que la Gestión del Cuidado que hoy en día se encuentra en boga de los congresos profesionales y temáticas gubernamentales imponen una nueva responsabilidad hacia el equipo de enfermería, el cual tiene la obligación de gestionar, participar, administrar y supervisar todo lo relacionado con los pacientes nuevos o ya insertos en el Programa de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor. Así lo rigen los tópicos de las Garantías Explícitas de Salud (GES), que disponen al profesional de enfermería la responsabilidad de atender las necesidades que puedan sucederse dentro de la atención domiciliaria y dar respuestas concretas a ellas. Junto con esto es el profesional con más contacto visual y sentimental con los pacientes terminales y sus familias. Es por esto que la responsabilidad que recae en el profesional de Enfermería frente a los cuidados paliativos es de suma importancia e implica una gran capacidad de liderazgo y compromiso.

³ Marcos Gómez Sancho, "Etiología y epidemiología del cáncer" en su Avance en cuidados paliativos 1 edición, GAFOS, España 2003, págs. 203 – 210.

Los servicios que brindan los profesionales de la salud y en especial de Enfermería, hacia las familias y cuidadores principales, son los ejes temáticos a estudiar por los seminaristas que suscriben esta publicación. Debido a todo lo anteriormente comentado, teniendo como objetivo principal, los cuidados que son otorgados por los cuidadores principales y la forma en que son brindados, la calidad y frecuencia, ya que deseamos conocer cómo se comportan los familiares frente a las indicaciones que brindan los profesionales y de qué manera ellos aportan para la satisfacción de las necesidades básicas de los pacientes en etapa terminal de su enfermedad.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Limitaciones del Diseño:

1. Dificil acceso a la base de datos del Hospital Gustavo Fricke, debido a la escasa disponibilidad de horario del personal y a que no se contó con un registro computacional de cada paciente.
2. Sobrecarga académica de los seminaristas relacionada con otras cátedras de la Carrera de Enfermería, periodo que se extendió entre Octubre y Diciembre del año 2007, lo cual dificultó enormemente el encontrar las instancias de reunión del grupo de tesis con la profesora guía.
3. Escaso material bibliográfico a nivel nacional por ser un tema muy nuevo a investigar.
4. Ausencia de experiencia en investigación científica por parte de los seminaristas.

Limitaciones de la Ejecución:

1. Tiempo invertido en las visitas domiciliarias para la aplicación de los instrumentos.
2. Alto costo humano y material para la aplicación del instrumento en el domicilio de las personas del estudio.

Capítulo II: Marco Conceptual

¿Qué son los Cuidados Paliativos?

En 1967, Cecily Saunders, sentó las bases de lo que actualmente conocemos como Cuidados Paliativos. Su propósito es el apoyo y el cuidado de las personas en las últimas fases de su enfermedad, para que puedan vivirlas tan plena y confortablemente como sea posible. Los Cuidados Paliativos no son un conjunto de omisiones terapéuticas que buscan poner término a un sufrimiento y por ningún motivo debe confundirse con la muerte asistida o la eutanasia. Es una filosofía que encierra el concepto de morir con dignidad, que debe ocurrir en su momento, sin acelerarla, pero tampoco alargarla inútilmente y de una forma cruel.

Cuando una enfermedad como el cáncer progresa hasta llegar a la fase avanzada, a pesar de haber sido tratada con los medios adecuados (cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, etc.), se piensa que ya no se puede hacer nada más por el enfermo. Este es un error que debe ser desterrado del pensamiento de los profesionales, de los enfermos, de sus familias y de la sociedad en general. Es mucho aún lo que se puede y se debe hacer para ayudar a los enfermos con cáncer en fases terminales y a sus familias y de ello se encargan los **CUIDADOS PALIATIVOS**.

Basándonos en lo que dice la Organización Mundial de la Salud (OMS), los Cuidados Paliativos son la atención específica, activa e integral que deben recibir los enfermos con una enfermedad avanzada, progresiva e incurable y sus familias, atendiendo a todas sus necesidades. La atención específica, activa e integral consiste en **CUIDAR** al enfermo y a su familia.

La enfermedad en esta etapa se acompaña de múltiples síntomas que pueden ser cambiantes, intensos y debidos a diversas causas que pueden provocar un malestar importante en el enfermo y su familia. Cuando se cuida al enfermo se trata el dolor y otros síntomas que alteran su calidad de vida y la de su familia. Se facilita el apoyo emocional, se promueve el bienestar y se mejora la calidad de vida.

Los Cuidados Paliativos persiguen:

- Disminuir el sufrimiento del enfermo y su familia.
- Mejorar la calidad de vida del enfermo y la familia.
- Fomentar la autonomía del enfermo.
- Potenciar la participación activa de la familia haciéndola sentir útil y dándole recursos para hacer frente y controlar situaciones difíciles que pueden presentarse.
- Ayudar a los familiares a elaborar su duelo antes y después del fallecimiento del ser querido.

Los Cuidados Paliativos tienen como objetivo la atención integral del enfermo, es decir, desde un punto de vista holístico, englobando los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales, incorporando a la familia en los cuidados. Estos cuidados deben ser llevados a cabo por equipos multidisciplinarios, integrados por médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales, asistentes espirituales y voluntarios.

Derechos del Enfermo Terminal:

- Ser tratado como ser humano vivo hasta el momento de mi muerte.
- Mantener una esperanza, cualquiera que sea esta.
- Expresar a mi manera mis sentimientos y mis emociones por lo que respecta al acercamiento de mi muerte.
- Obtener la atención de médicos y enfermeras, incluso si los objetivos de curación deben ser cambiados por objetivos de confort.
- No morir solo.
- Ser liberado del dolor.
- Obtener una respuesta honesta, cualquiera que se mi pregunta.
- No ser engañado.
- Recibir ayuda de mi familia y para mi familia en la aceptación de mi muerte.
- De morir en paz y con dignidad.
- Conservar mi individualidad y de no ser juzgado por mis decisiones, que pueden ser contrarias a las creencias de otros.

- Ser cuidado por personas sensibles y competentes, que van a intentar comprender mis necesidades y que serán capaces de encontrar algunas satisfacciones ayudándome a enfrentarme con la muerte.
- Que mi cuerpo sea respetado después de mi muerte.

Rol de Enfermería en Cuidados Domiciliarios para el Alivio del Dolor⁴

Deberá ser responsable desempeñar sus funciones en los ámbitos:

Asistencial, administrativo, educación, docencia y extensión y de investigación en las diferentes nomenclaturas institucionales del programa de Alivio del Dolor y Cuidados paliativos Oncológicos.

Serán objetivos de su rol:

- Asegurar con sus cuidados la mejor Calidad de Vida, el Alivio del Dolor y los Cuidados Paliativos, el Apoyo biosicosocial y espiritual continuo; al paciente oncológico y su familia, procurando la dignidad de la muerte y el apoyo durante el duelo.
- El paciente será el foco de la atención de enfermería.
- Abarcar todos los niveles de atención de enfermería, incluyendo la atención ambulatoria y domiciliaria.

Función Asistencial:

- Realizar la intervención de enfermería al paciente y su familia.
- Valorar al paciente, ya sea en la consulta o en domicilio, su característica dolorosa, sus síntomas secundarios, la respuesta al tratamiento farmacológico y no farmacológico, los confrontará con los hallazgos e información médica; utilizará los registros e instrumentos de valoración establecidos, por el equipo de cuidados paliativos y de alivio del dolor.
- Derivar al paciente, a su familia o a ambos; a los diferentes profesionales del equipo cada vez que la situación lo requiera.

⁴ Rol de la enfermera. En su: Norma de enfermería de cuidados paliativos y alivio del dolor. Ministerio de salud, Chile. Año 2001. Pág. 123- 127.

Función Docente:

- Diseñar y ejecutar programas de educación en servicio para el equipo de enfermería.
- Organizar en diferentes niveles, tanto institucional, intra y extra sistema de salud, universidades y comunitarios; programas de educación sobre alivio del dolor y cuidados paliativos, incluyendo el apoyo durante el duelo.

Función Administrativa:

- Coordinar los cuidados de enfermería y clínicos intra y extra sistema, con otros profesionales de la salud, muy en especial de los pacientes en cuidados domiciliarios, asegurando la continuidad de los cuidados.
- Diseñar y poner en uso los registros pertinentes para la atención de enfermería.

Función Investigativa:

- Elaborar estudios clínicos y epidemiológicos sobre el alivio del dolor y cuidados paliativos.
- Participar en investigaciones cooperativas tanto del equipo multidisciplinario, de enfermería, institucionales, intra y extra sistema de salud, de universidades, laboratorios y otros.

Formación en enfermería sobre cuidados paliativos en nuestro país⁵

La docencia continuada entre todos los miembros del equipo es fundamental e imprescindible para mejorar la calidad de los cuidados que imparten los enfermeros y así evitar estancamientos y rutinas.

Si bien como profesionales de enfermería se está en contacto con enfermos terminales, hasta hoy es aún escasa la preocupación por el desarrollo de la docencia en esta área.

Dentro de la formación de pregrado podemos decir, que aunque aún es demasiada escasa, las universidades tienen como objetivo crear conciencia del problema en los estudiantes, introducir los conceptos básicos de la Medicina Paliativa y cuidados de enfermería, lo que finalmente hará desarrollar actitudes y habilidades encaminadas a enfrentar eficazmente al enfermo terminal y su familia.

⁵ <http://www.redclinica.cl/publicaciones/volumen13-2/Medicinapaliativa.pdf>, revisado el 20 Octubre 2007

La formación de postgrado se centra en la «impregnación», concepto que significa una toma de conciencia y un cambio de actitud respecto del actuar de enfermería incluyendo las actuaciones paliativas.

El Manejo Psicológico del Paciente Terminal:⁶

El reto de la Psicoterapia en las fases avanzadas de la enfermedad.

La psicología tiene como objetivo disminuir el sufrimiento emocional del paciente con enfermedad avanzada. Es de suma importancia que dentro del equipo de cuidados paliativos y alivio del dolor se encuentre un profesional de la salud mental, el cual proporcione cuidado psicológico al paciente terminal.

En la realidad, hay muchos casos donde para la familia del paciente es difícil proporcionar ayuda psicológica necesaria, dado que tienden a evitar o negar la gravedad de la situación en frente del enfermo y la ansiedad que se proyecta acentúa los temores de este último. Además la muerte se considera como un obstáculo en el mundo de los vivos, el saber que hay una muerte inminente interfiere en las actividades de la vida diaria y condiciona el estado de ánimo del enfermo y su familia. Cuanto antes se proporcione la ayuda psicológica, mayor oportunidad habrá de prevenir el deterioro prematuro en la calidad de vida del paciente y de facilitarle el desarrollo de técnicas de afrontamiento.

Se definen criterios de ayuda dirigidos a facilitar la muerte “apropiada”. Estos incluyen:

- Compartir la responsabilidad de la crisis de la muerte con el paciente, con el objetivo de que éste se sienta apoyado en su enfrentamiento inicial con la ansiedad y confusión.
- Clarificar y definir las realidades de la existencia diaria con las que pueda encontrarse el paciente terminal en su propia vida.
- Intentar que el contacto humano sea continuado y satisfactorio.

⁶ Eulalia López Imedio, “La atención domiciliaria en cuidados paliativos”, 1ª edición, España, Editorial Panamericana, 1998, cap.3, pag.134-135.

- Facilitar el proceso de duelo y separación que resultan de las relaciones familiares, de la imagen corporal y del autocontrol.
- Ayudar a mantener la comunicación y las relaciones significativas con los seres queridos.
- Asumir las funciones corporales y emocionales del paciente sin causar sentimientos de vergüenza o desprecio, conservando el respeto hacia él y ayudándole a conservar un propio respeto.
- Facilitar a la conservación de la dignidad y la integridad del paciente de manera que la regresión gradual ocurra con un mínimo de conflicto y en ausencia de sentimientos de culpabilidad.

Los pacientes terminales que son candidatos a una terapia psicológica son los que tienen una cierta capacidad de introspección; los preparados para reconocer su auténtico yo; los capacitados para corregir distorsiones y los que desean alcanzar paz interior. El psicoterapeuta utilizará la clarificación y la interpretación para favorecer la introspección; ayudará a descubrir y comprender el estilo de vida llevado; facilitará la expresión de sentimientos y temores y ayudará a resolver sentimientos de culpa, temor y hostilidad. Además, se centrará en las cualidades positivas del paciente y los aspectos de su personalidad que hayan bloqueado su expresión; explorará el sistema de valores del enfermo y el significado que tiene para él la muerte y evaluará sus creencias religiosas. El psicoterapeuta debería adoptar un acercamiento racional a los temores del enfermo; proporcionar calor sin el apego de los seres queridos; proporcionar un alivio emocional tangible y reducir los sentimientos de abandono y de no pertenecer al mundo de los vivos. Deberá asimismo explorar el deseo de rituales post-mortem; evaluar la historia de pérdidas previas y la reacción ante éstas y respetar los silencios y el deseo de no verbalizar.

Principios Éticos en los Cuidados Domiciliarios para el Alivio del Dolor⁷

- **Autonomía**

Este principio ético se ve reflejado cuando el cuidador principal respeta a su paciente en lo que concierne en la toma de decisiones si le es posible. Muchas veces en el diario vivir se encuentra la situación que el paciente está muy comprometido, debido en gran parte a la presencia del dolor y el deterioro general, lo que lo imposibilita muchas veces cumplir este principio ético; lo importante es que el cuidador principal y la familia del paciente oncológico terminal respete las decisiones tomadas por el enfermo.

- **Beneficencia**

Principio ético que se ve reflejado cuando el cuidador principal realiza acciones tendientes a satisfacer y beneficiar al paciente en todo momento, es decir, el paciente debe experimentar esta beneficencia a través de intervenciones que representen su propia concepción de la vida, sus ideales y la felicidad, por tanto este principio de beneficencia está íntimamente ligado con el de autonomía.

- **No maleficencia**

Principio ético que refleja el derecho del paciente oncológico terminal a no ser discriminado por consideraciones biológicas, en este caso por su condición de salud. En el caso del cuidador principal concierne a no hacer daño físico, psíquico, cometer actos negligentes u omisión, inclusive si el mismo paciente lo pide.

- **Justicia**

Principio ético que refleja la igualdad en la atención que debe recibir todo paciente oncológico terminal, es decir a no ser discriminado por consideraciones culturales, ideológicas, sociales, económicas y diagnóstico certero de la muerte próxima. Determina el deber del cuidador principal de colaborar a una equitativa distribución de los cuidados y riesgos que tiene el paciente oncológico terminal.

⁷ Rol de la enfermera. En su: Norma de enfermería de cuidados paliativos y alivio del dolor. Ministerio de salud, Chile. Año 2001. Pág. 123- 127

Dolor⁸

El dolor es una experiencia emocional (subjetiva) y sensorial (objetiva) asociada a una lesión tisular o expresada como si ésta existiera, siendo el síntoma más frecuente por el que consultan los pacientes a los médicos. La participación tanto de fenómenos psicológicos (subjetivos) como físicos o biológicos (objetivos) en el dolor es variable según el tipo de dolor y la persona que manifiesta el dolor. Existen muchos estudios que tratan de establecer dicha interrelación y explicar la vivencia dolorosa. Son sinónimos de dolor nocicepción, algia y sufrimiento.

Características del Dolor:

Según las características del dolor se puede conocer su origen o etiología y por lo tanto su diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Estas características son:

- **Localización:** Dolor de cabeza (cefalea), dolor torácico, dolor abdominal.
- **Tipo:** Punzante, opresivo, lacerante, cólico, etc.
- **Duración:** El tiempo desde su aparición, desde cuándo.
- **Periodicidad:** El de la úlcera gastroduodenal.
- **Frecuencia:** Es el número de veces que ha ocurrido el dolor de similares características.
- **Intensidad:** Generalmente cuando es el primer dolor suele ser intenso o *fuerte*, pero cuando se ha repetido varias veces en el tiempo, se puede cuantificar.
- **Irradiación:** Es el trayecto que recorre el dolor desde su localización original hasta otro lugar.
- **Síntomas acompañantes:** como náuseas, vómitos, diarrea, fiebre y temblor.
- **Signos acompañantes:** Sudoración, palidez, escalofríos, trastornos neurológicos.
- **Factores agravantes:** Son los factores que aumentan el dolor por ejemplo tras la ingesta, determinados movimientos y otros factores a los que atribuye el paciente.
- **Factores atenuantes:** Son los factores que disminuyen el dolor, por ejemplo el descanso, posiciones corporales.
- **Medicamentos:** Que calman o que provocan el dolor.

⁸ www.es.wikipedia.org/wiki/dolor, revisado 17 Octubre 2006.

Factores que modulan el Dolor:

Existen múltiples factores psicológicos y físicos que modifican la percepción sensorial del dolor, unas veces amplificándola y otras veces disminuyéndola.

1. Personalidad: Estado de ánimo, expectativas de la persona, que producen control de impulsos, ansiedad, miedo, enfado, frustración.
2. Momento o situación de la vida en la que se produce el dolor.
3. Relación con otras personas, como familiares, amigos y compañeros de trabajo.
4. Sexo y edad.
5. Nivel cognitivo.
6. Dolores previos y aprendizaje de experiencias previas.
7. Nivel intelectual, cultura y educación.
8. Ambiente: ciertos lugares (Ejemplo: ruidosos, iluminación intensa), tienden a exacerbar algunos dolores (Ejemplo: cefaleas).

Fisiopatología del Dolor⁹

La fisiopatología del dolor tiene cuatro componentes que son:

1. La nocicepción: Es la única etapa común en todas las personas pues es una etapa bioquímica. A su vez se divide en tres subetapas que son la transducción, transmisión y modulación del dolor.
2. La percepción.
3. El sufrimiento.
4. El comportamiento del dolor.

Nocicepción y nociceptores:

Los nociceptores son receptores celulares, estructuras u órganos sensoriales que captan el dolor u otras sensaciones desagradables y lo transmiten a las sensitivas de los nervios periféricos. Pero suele ser la fibra aferente sensorial primaria o terminación nerviosa libre, relacionada con la nocicepción.

⁹ www.es.wikipedia.org/wiki/dolor, revisado 17 Octubre 2006.

Debido a que el verdadero receptor de esta fibra frecuentemente no está bien definido, indistintamente el término nociceptor se refiere tanto a la fibra nerviosa aferente como a su receptor. Los nociceptores se encuentran en muchos tejidos corporales como la piel, vísceras, vasos sanguíneos, músculo, fascias, tejido conectivo, periostio y meninges. Los demás tejidos corporales apenas cuentan con terminaciones nociceptivas. Estos receptores transmiten la información a través de fibras nerviosas que son clasificadas dependiendo de su diámetro y grado de mielinización en fibras A y C.

Tálamo y corteza cerebral bases biológicas - Vías nerviosas descendentes inhibitorias

Las vías nerviosas descendentes se refieren al conducto por el cual viaja una respuesta producida por una estimulación del área de asociación o interpretación del estímulo de un área del cerebro en específico, esto es una eferencia para llegar y producir un efecto en un lugar determinado, por ejemplo en el órgano de la recepción del estímulo.

Clasificación del Dolor¹⁰

Según el tiempo de evolución:

- *Dolor Crónico*: Es el dolor que dura más de tres meses, como el dolor oncológico.
- *Dolor Agudo*: Es el dolor que dura poco tiempo, generalmente menos de dos semanas, como un dolor de muelas, o de un golpe.

Es difícil diferenciar un dolor agudo de un dolor crónico pues el dolor cursa de forma oscilante y a veces a periodos de tiempo sin dolor. El dolor postoperatorio es un dolor agudo, pero a veces se prolonga durante varias semanas. Las migrañas o la dismenorrea ocurren durante dos o tres días varias veces al año y es difícil clasificarlas como dolor agudo o crónico.

¹⁰ www.es.wikipedia.org/wiki/dolor, revisado 17 Octubre 2006.

Según la fisiología del Dolor:

- *Dolor Nociceptivo:* Es el producido por una estimulación de los nociceptores, es decir los receptores del dolor, provocando que el "mensaje doloroso" sea transmitido a través de las vías ascendentes hacia los centros supraespinales y sea percibido como una sensación dolorosa. Por ejemplo un pinchazo.
- *Dolor Neuropático:* Es producido por una lesión directa sobre el sistema nervioso, de tal manera que el dolor se manifiesta ante estímulos mínimos o sin ellos y suele ser un dolor continuo.

Según la localización del Dolor:

- *Dolor Somático:* Está producido por la activación de los nociceptores de la piel, hueso y partes blandas. Es un dolor sordo, continuo y bien localizado, por ejemplo un dolor de hueso o de una artritis. Suelen responder bien al tratamiento con analgésicos según la escalera de la OMS.
- *Dolor Visceral:* Está ocasionado por la activación de nociceptores por infiltración, compresión, distensión, tracción o isquemia de vísceras pélvicas, abdominales o torácicas. Se añade el espasmo de la musculatura lisa en vísceras huecas. Se trata de un dolor pobremente localizado, descrito a menudo como profundo y opresivo, con la excepción del dolor ulceroso duodenal localizado *a punta de dedo*. Cuando es agudo se acompaña frecuentemente de manifestaciones vegetativas como náuseas, vómitos, sudoración, taquicardia y aumento de la presión arterial. Con frecuencia, el dolor se refiere a localizaciones cutáneas que pueden estar distantes de la lesión, como por ejemplo el dolor de hombro derecho en lesiones biliares o hepáticas.

Manejo del Dolor por Cáncer

El dolor es una experiencia emocional y sensorial, en la cual lo físico y lo psíquico se encuentran de la mano, siendo una vivencia personal y subjetiva, resultando siempre una experiencia particular UNICA.

El dolor por cáncer es un dolor crónico, su característica patogénica no es sólo el tiempo de duración, sino la presencia de alteraciones psicológicas que alteran la calidad de vida en todos los ámbitos de la vida de una persona¹¹; Toda la atención se vuelca hacia el dolor, limitándose el número de actividades diarias a realizar lo que trae como consecuencia una alteración en las relaciones sociales y en la comunicación, teniendo la sensación de pérdida del espacio vital. También se pueden ver como consecuencias repercusiones a nivel familiar (alteración de la dinámica familiar, quiebre de la estabilidad), económicas (ausentismo laboral, pérdida de la posición social), emocionales (Ansiedad, irritabilidad, depresión) y consecuencias espirituales (pérdida de la confianza en otros y del autocontrol).

La connotación social nefasta que se le otorga al dolor por cáncer, exagera los temores de los pacientes frente a su proceso de muerte. En el caso de la conducta dolorosa en el paciente terminal, está compuesta por una complejidad de componentes que forman el concepto de dolor total, estos son: Dolor físico (efectos secundarios de los tratamientos), Ansiedad (miedo al dolor y a lo desconocido), depresión (pérdida de la posición social, rol familiar, imagen corporal) y rabia (retardo del diagnóstico y falta de información).

El dolor por cáncer atrapa la atención tanto de la persona enferma como de su grupo más cercano, además es un dolor cuyo origen es conocido pero su final es impredecible, pero sentido por la persona, la cual cada día disminuye su capacidad de enfrentarlo debido al avance de la enfermedad. Este dolor tiene una diversidad de causas dentro de las cuáles se pueden destacar: Invasión tumoral que trae efectos secundarios la compresión de terminaciones nerviosas (disnea, tos, ascitis y linfoma edemas), Metástasis a distancia (Óseas, hepáticas, pulmonares), Recidivas regionales (Mama, colon, pulmón, retroperitoneal), Procedimientos diagnósticos y terapéuticos (Punciones, biopsias, cirugías, cateterizaciones, implantes) y aquellas causas asociadas al tratamiento con Quimioterapia y Radioterapia.

¹¹ M. D. Anderson. Generalidades : Importancia del Control del Dolor por Cáncer. (En línea)
<http://www.mywhatever.com/cifwriter/library/48/cpg2256.html>

Evaluación del Dolor:

El primer paso para el manejo del dolor consiste en la evaluación clínica del síntoma. Aún cuando existen múltiples esquemas de evaluación exhaustiva, los aspectos básicos están reseñados en la Guía clínica para el manejo del dolor en el cáncer de la AHCPR (Agency for Health Care Policy and Research, 1994), los que son extensibles para el manejo de cualquier dolor en el paciente terminal.

Evaluación Clínica:

El equipo de salud debe preguntar sobre el dolor, y el reporte de los pacientes debe constituir la fuente de datos primaria. Aun cuando parece evidente, es un hecho que los cuidadores subestiman el dolor del paciente, lo que puede ahondar en los resultados de las intervenciones del equipo de salud. Paralelamente, muchos pacientes son reacios a expresar su dolor delante del equipo de salud, muchas veces por temor a ser tenidos por simuladores o adictos; este tipo de conductas es más común en población latina o negra, sexo femenino, ancianos y enfermos con historia previa de abuso de drogas. Debe tenerse en cuenta que, a diferencia del paciente con dolor agudo, los pacientes con dolor crónico suelen no demostrar dolor; sus quejas pueden parecer desproporcionadas frente al escaso correlato vegetativo y a los pobres hallazgos al examen físico o imagenológico, sin embargo, el dolor crónico usualmente provoca depresión, irritabilidad y alteraciones en funciones básicas como comer y dormir; una intervención eficaz implica una importante mejoría en la calidad de vida del paciente.

La evaluación inicial debe incluir una historia clínica detallada, con una evaluación de la intensidad y características del dolor; un examen físico completo; una evaluación psicológica y social y una evaluación diagnóstica de los síntomas y signos relacionados con síndromes comunes de dolor asociado al cáncer.

- **Características del Dolor:** Las características cualitativas del dolor suelen ser útiles para diferenciar el dolor somático, visceral o neuropático. Clásicamente, el dolor somático es bien localizado, constante y se incrementa con el movimiento (Ej: metástasis óseas); por el contrario, el dolor visceral es difuso, profundo (Ej: metástasis hepáticas). Ambos tipos de dolor suelen tener algún grado de respuesta a la analgesia habitual (AINE's u opioides). Por el contrario, el dolor neuropático es quemante, con

una característica eléctrica y usualmente requiere para su control de coadyuvar con los anticonvulsivantes.

El equipo de salud debe reconocer prontamente los síndromes de dolor asociado a cáncer. Los cuadros de dolor en cáncer están frecuentemente asociados a compromiso nervioso por compresión de nervios o de sus vasos nutricios, lo que se traduce clínicamente en dolor neuropático. El reconocimiento de estos síntomas permite la detección y tratamiento precoz del compromiso de pares craneanos, plexos nerviosos, nervios propiamente tal y, más peligroso que los anteriores, compresión medular. Idealmente, en pacientes con riesgo de compresión medular el tratamiento (RT, cirugía, esteroides en altas dosis) debe ser instituido antes de la aparición de sintomatología neurológica: sólo un 10% de los pacientes postrados con compromiso medular vuelven a caminar, versus un 90% de los pacientes manejados precozmente.

Cualquier cambio en las características del dolor o la aparición de un nuevo cuadro doloroso deben ser objeto de evaluación clínica y modificación de la terapia según lo requiera.

- Evaluación psicológica y social: En pacientes terminales el diagnóstico de depresión es difícil, dado que los síntomas orgánicos (anorexia, insomnio, disminución de la libido) pueden ser también causados por la enfermedad. De mayor interés diagnóstico es el relato de ánimo bajo y sentimientos inadecuados de culpa o abandono. Es importante la intervención conjunta con asistentes sociales, que pueden colaborar en la resolución de problemas familiares o financieros que generan un importante estrés en el moribundo.
- Apoyo Espiritual: El paciente terminal se ve enfrentado a la inminencia de su muerte y a un dolor que trata de explicarse. Habiendo sido educado en un esquema de falta-castigo, suele interpretar su sufrimiento como consecuencia de culpas conocidas o desconocidas, inferido por un Dios rencoroso o simplemente cruel. Esta situación agrava la vivencia del dolor y agrega preocupaciones teológicas al enfermo, tanto más patente cuanto más progresa la enfermedad. El apoyo espiritual en estas condiciones significa un importante alivio, dando al paciente una esperanza, ayudándolo a

comprender el rol de la medicina frente al rol divino de Dios como sanador y sosteniéndolo a él y a su familia en su fe cuando la curación física es imposible.

Uso de Escalas:

El uso de escalas es imperativo para evaluar la evolución de la sintomatología del paciente y la respuesta a las intervenciones terapéutica. Si bien la evaluación por escalas es eminentemente subjetiva, numerosos estudios han demostrado que para un determinado paciente la evaluación es consistente, confiable y reproducible.

Los pacientes y sus familias deben ser educados en el uso de estas herramientas de evaluación para promover la continuidad del manejo del dolor.

Existen al menos dos tipos de escalas utilizadas para la evaluación del dolor.

- **Escala Visual Análoga (EVA):** Línea de 10 centímetros rotulada en una de sus extremos con 0 (sin dolor) a 10 (máximo dolor). Requiere un mínimo entrenamiento para su uso.
- **Escalas Verbales:** Particularmente útiles en pacientes de 70 o más años. Permiten obtener información sobre la intensidad del dolor y sobre la vivencia del dolor por parte del paciente.

Cuidados para el Manejo del Dolor

- **Cuidados No Farmacológicos para el Alivio del Dolor**¹²: Las actuales guías clínicas para el manejo del dolor sugieren la implementación de terapias alternativas para el manejo del dolor (acupuntura, hipnosis, bio-feed-back, etc.). Algunas veces, medidas tan simples como la comunicación abierta con el paciente permite disminuir su nivel de angustia y modificar su umbral del dolor. Mención aparte requieren la terapia postural y la relajación, técnicas simples que pueden realizarse aún con el paciente postrado y que facilitan el sueño y, eventualmente, la disminución de la dosis de analgésicos.

Estas son:

- **Termoterapia:** la aplicación de calor superficial produce analgesia, aumenta el flujo sanguíneo hacia la piel y órganos superficiales, y lo disminuye hacia el tejido muscular. El calor produce vasodilatación, por lo que se aumentan el flujo sanguíneo, el metabolismo, la fagocitosis, la oxigenación y el transporte de nutrientes al tejido lesionado, mejora la cicatrización y la reparación de los tejidos injuriados y aumenta la remoción de los compuestos inflamatorios que activan y sensibilizan las fibras aferentes primarias. El resultado final es la reducción de los impulsos nerviosos que van hacia la médula y luego al cerebro, con lo que se disminuye el dolor.

El uso de calor se contraindica en casos de inflamación aguda, trauma o hemorragia, trastornos de la coagulación, insensibilidad y en casos de dificultad para responder o comunicar el dolor. No es aconsejable aplicar calor a la piel previamente expuesta a radioterapia.

- **Lámparas de calor:** el calor radiante, por rayos infrarrojos o por luz visible se aplica mediante lámparas calientes durante 20 o 30 minutos. Es un método barato, versátil y fácil de usar. La lámpara se coloca a unos 50 cm de distancia del paciente. Debe prevenirse la quemadura de la piel, el eritema y la decoloración de la piel cuando se utiliza por mucho tiempo.

¹² Manejo No Farmacológico: Modalidades Físicas y Psicológicas : (En línea) <<http://www.mywhatevery.com/cifwriter/library/48/cpg2256.html>

- **Crioterapia:** La aplicación local de frío por 20 minutos produce primero vasoconstricción que disminuye el flujo sanguíneo, la velocidad de contracción nerviosa y la relajación muscular. Al disminuir la velocidad de conducción nerviosa se disminuye la información nociceptiva a través de los aferentes primarios a la médula y por lo tanto se disminuye la actividad en el asta dorsal que a su vez disminuye la información al cerebro y por lo tanto menos percepción del dolor. Después se presenta vasodilatación. Esta alternación de frío y calor remueve los productos tóxicos del metabolismo y reduce la formación de edema.

El frío se aplica mediante bolsas de hielo durante 10 a 20 minutos; también frotando la piel con un bloque de hielo se produce enfriamiento, ardor y entumecimiento. Otra forma de aplicación es el baño de agua fría entre 13 a 18 °C. Está contraindicado en caso de isquemia, intolerancia al frío, insensibilidad, alergia al frío, en tejidos expuestos a radioterapia y cuando se aumenta la intensidad de los síntomas.

- **Aromaterapia**¹³: El antiguo arte-disciplina, conocido como aromaterapia, aporta el uso terapéutico de los aromas puros para un tratamiento natural y complementario en el restablecimiento de nuestro equilibrio y armonía. La aromaterapia consiste en usar aceites esenciales extraídos de plantas, árboles, e hierbas, para propósitos terapéuticos; ya que los aceites esenciales, utilizados en la terapia con aromas, poseen muchas propiedades que provocan estímulos en el ser humano y se convierten en un invaluable elemento de bienestar.

Actualmente, se utilizan aproximadamente 40 aceites esenciales diferentes, tanto solos como en combinación. Generalmente, estos aceites son muy útiles para tratar el estrés y las indisposiciones relacionadas con el mismo estrés, así como para revigorar el cuerpo y promover el bienestar general.

Los aromas de los aceites esenciales funcionan activando las células olfativas de los nervios de la cavidad nasal, los cuales enviarían impulsos al sistema límbico, el área del cerebro asociada con las emociones y la memoria, siendo también la fuente de muchas actividades vitales de nuestro organismo, el sueño, la sensualidad, la sed, el hambre, etc. Para este tipo de terapia, cuando se huele algo se evoca la memoria

¹³ www.naturamedic.com/aromaterapia.htm, revisado el 18 Diciembre 2007

emocional y la memoria asociativa. La memoria asociativa de aromas y situaciones permite el aprovechamiento de los aceites para uso terapéutico en aromaterapia, dado que la conciencia registra el aroma con la ambientación. Siendo así, puede hacer sentir mejor a la persona provocando en ella un recuerdo agradable, que parte de la asociación entre el olor y algún hecho satisfactorio del pasado, a nivel físico, la terapia con aromas puede ayudar a aliviar ciertas condiciones estimulando los sistemas inmunes, circulatorios o nerviosos.

- **Masajes Corporales¹⁴**: Se define como “el uso de las manos en el proceso terapéutico de un paciente siguiendo determinadas instrucciones y maniobras para lograr el movimiento indoloro del sistema músculo esquelético y el balance postural”. Algunos la recomiendan para dolores agudos músculo esqueléticos de la espalda, la pelvis y el cuello, en los cuales hay pérdida de la función vertebral. También para aliviar la tensión muscular y la liberación miofascial. No se conoce su modo de acción y permanece como una técnica que no es de probada eficacia. Se sabe que la historia natural del dolor agudo de espalda tiende alivio, aún sin tratamiento, y este aspecto podría dar éxito a los masajes corporales. De allí el grado de satisfacción de muchas personas con esta técnica.

Los masajes corporales buscan tres beneficios: el alivio del dolor, la relajación muscular y el restablecimiento de la función articular. La analgesia que se logra puede deberse a varios factores, entre ellos la influencia que tiene en el ambiente químico de las articulaciones, la facilitación del proceso de cicatrización, los procesos inhibitorios del sistema nervioso central y la activación de las vías descendentes inhibitorias que se proyectan del cerebro a la medula espinal.

- **Cuidados Farmacológicos**: Actualmente, no hay justificación para que un paciente muera con dolor. En más de un 90% de los casos se logra adecuada analgesia con preparaciones transdérmicas u orales; en un 5% es necesario considerar otras vías de administración (subcutánea, endovenosa o epidural). La sedación paliativa, consistente en sedar al paciente hasta la inconciencia, está indicada en menos de un 5% de los casos, en general en pacientes moribundos con dolor intratable u otros síntomas

¹⁴ Gafos tomo 2. modulo VI tratamiento del dolor. cap 54 medidas no farmacológicas en el alivio del dolor por cáncer. Página 438

que generen un estrés intolerable para el enfermo. En cualquier caso, la intención de la sedación paliativa no es acelerar la muerte si no aliviar el sufrimiento del paciente.

Para el manejo racional del dolor, la Escala analgésica de la OMS (1990) (Anexo N°1 y N° 2) es un esquema probado y de alta efectividad. En síntesis, la escala recomienda el uso de AINE's para pacientes con dolor leve (Grupo I, una minoría en el contexto del paciente terminal); opiáceos débiles (codeína, hidrocodona, oxicodona en dosis bajas o tramadol con o sin AINE's) en pacientes con dolor moderado (Grupo II), y finalmente opiáceos fuertes (morfina, oxicodona, fentanyl, metadona) en pacientes con dolor severo (Grupo III). Revisaremos brevemente los analgésicos para el manejo del dolor.

Los Aines¹⁵

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) son sustancias químicas con efecto antiinflamatorio, analgésico y antipirético, efectos que son similares a los de los corticoides pero sin las consecuencias secundarias. Actúan bloqueando la síntesis de prostaglandinas.

Co-adyuvantes¹⁶

Los medicamentos adyuvantes son usados para aumentar la eficacia analgesia de los opioides, para prevenir o tratar los síntomas concomitantes que exacerban el dolor y proporcionar analgesia independiente para tipos específicos de dolor. Pueden ser usados en todos los pasos de la escalera analgésica.

Opiáceos¹⁷

Los opiáceos constituyen el pilar fundamental en el manejo del dolor moderado a severo. Sin embargo, su uso suele verse interferido por el temor a la “adicción” y a los potenciales efectos adversos por parte del paciente y su familia. Es necesario educar al paciente sobre los términos adicción, dependencia y tolerancia, dándole a conocer que el

¹⁵ http://es.wikipedia.org/wiki/Antiinflamatorio_no_esteroideo, revisado el 15 de diciembre 2007

¹⁶ http://es.wikipedia.org/wiki/Antiinflamatorio_no_esteroideo, revisado el 15 de diciembre 2007

¹⁷ http://es.wikipedia.org/wiki/Antiinflamatorio_no_esteroideo, revisado el 15 de diciembre 2007

riesgo real de dependencia es menor a un 1% y que el sentimiento de euforia asociado eventualmente al uso de estos medicamentos no implica mal uso. Más importante aún, es necesario recalcar la posibilidad de elevar la dosis para el control del dolor como un componente habitual de la estrategia de manejo.

Por otro lado, los opiáceos son subutilizados por el médico tratante por temor a acelerar la muerte del paciente. Si bien existe el riesgo teórico de que el uso de opiáceos en dosis altas resulte deletéreo en lo que a sobrevida se refiere (opiáceos titulados adecuadamente no han demostrado acortar la sobrevida), existe un sólido soporte ético para el uso de opiáceos para aliviar el dolor en las dosis que sean necesarias, aun cuando esto implique el apresurar la muerte del paciente.

El uso de opiáceos requiere ciertas consideraciones para optimizar su efecto y prevenir efectos adversos:

a) El médico debe iniciar la prescripción siguiendo la escalera analgésica, subiendo un peldaño en caso de persistencia del dolor.

b) La prescripción del opiáceo debe considerar la dosis y frecuencia de administración necesaria para prevenir la aparición del dolor (indicación horaria).

c) Debe considerarse una dosis de rescate de un 10% de la dosis diaria para exacerbaciones inesperadas del dolor (en ancianos, usualmente se inicia con el 5% de la dosis total).

d) La prescripción de un opiáceo debe asociarse al uso por horario (y no a necesidad) de un laxante suave.

Síndrome de Burn-Out¹⁸

Los tratamientos, gracias a los avances médicos, son cada vez más eficaces y seguros, lo que da lugar a un mayor tiempo de supervivencia y una mayor calidad de vida, aunque a veces, las dos cuestiones (supervivencia y calidad de vida) no van parejas. En enfermos terminales, es de gran importancia el aspecto de la calidad de vida, ya que es de vital importancia poder crear equipos multidisciplinares capaces de mantener un cuidado eficaz, para poder proporcionar al paciente mayor bienestar en el momento de prestar cuidados paliativos.

En los últimos años se habla de la relación existente entre la calidad de los cuidados paliativos y el estado de salud, tanto física como psicológica, de quien proporciona estos cuidados, ya que una de las amenazas más frecuentes para la salud del cuidador es, en especial, el agotamiento laboral o síndrome de Burn-out (estar quemado), ya que esto da lugar a la desatención de uno de los aspectos más importantes de su cuidado, que es la atención a nivel psicológico de estos pacientes y sus familias. Este agotamiento afecta al personal sanitario¹⁹ cuando se ve desbordado por las muchas exigencias al cuidar a enfermos terminales y como aún no existen, en la totalidad de las unidades de cuidados paliativos, herramientas que aseguren de forma sistemática, el soporte del personal de este tipo de unidades, merma la calidad de los cuidados asistenciales.

Fases del Síndrome de Burn-out²⁰

Según Chernis, este síndrome se desarrolla en tres fases que son continuas, pero fluctuantes en el tiempo:

- Desequilibrio entre las demandas y los recursos Aparecería una situación de estrés psicosocial.
- Tensión psicofísica.

¹⁸ ALVAREZ GALLEGO, E; FERNANDEZ RIOS, L El síndrome de burnout o el desgaste profesional. Rev. Asoc Esp. Neurosiquiatria Vol XI nº 39.

¹⁹ LOPEZ RODRIGO, M. Estrés de los profesionales de enfermería sobre que o quien repercute?, Rol Nº 201. Año XVIII, mayo 1995.

²⁰ LOPEZ IMEDIO, E. Enfermería en cuidados paliativos. Panamericana, Madrid 1998.

- Cambios conductuales: Debido a un afrontamiento defensivo que lleva a evitar las labores estresantes y provoca un alejamiento personal, se trata a los pacientes en forma distante, rutinaria y mecánica, anteponiendo las propias necesidades.

Manifestaciones clínicas del Síndrome de Burn- out:

Las manifestaciones clínicas de este síndrome aparecen en las tres esferas del individuo: física, mental y conductual.

A) Físicas:

- Insomnio.
- Taquicardia.
- Cefaleas.
- Alteraciones gastrointestinales.

B) Mentales:

- Agotamiento.
- Sentimientos de vacío.
- Impotencia.
- Fracaso.
- Nerviosismo, inquietud.
- Dificultad para la concentración.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Comportamientos paranoides y/o agresivos hacia las personas, compañeros y la propia familia.

C) Conductuales:

- Aumento del consumo de café, alcohol, fármacos y drogas ilegales en algunos casos.
- Bajo rendimiento personal.
- Predominio de conductas adictivas y evitativas.
- Absentismo laboral.
- Distanciamiento afectivo de los enfermos y compañeros con frecuentes conflictos interpersonales en el ámbito laboral y familiar.

Calidad de Vida²¹

La calidad de vida se define en términos generales como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Su realización es muy subjetiva, ya que se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

La **Escala ECOG** es una forma práctica de evaluar la calidad de vida de un paciente oncológico, cuyas expectativas de vida cambian en el transcurso de meses, semanas e incluso días. Fue diseñada por el *Eastern Cooperative Oncologic Group* (ECOG) de Estados Unidos y validada por la OMS. La principal función de esta escala es la de objetivar el resultado del tratamiento oncológico teniendo en cuenta la calidad de vida del paciente.

Además, valora la evolución de las capacidades del paciente en su vida diaria manteniendo al máximo su autonomía. Este dato es muy importante a la hora de plantear un tratamiento, se revisa el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad.

²¹ http://es.wikipedia.org/wiki/Escala_ECOG", revisado el 15 Diciembre 2007.

La Escala ECOG recibe una puntuación que va del 0 al 5 y sus valores son los siguientes:

Etapa 0: El paciente se encuentra totalmente asintomático y es capaz de realizar un trabajo y actividades normales de la vida diaria.

Etapa 1: El paciente presenta síntomas que no le impiden realizar su trabajo, ni las actividades de la vida diaria. El paciente sólo permanece en la cama durante las horas de sueño nocturno.

Etapa 2: El paciente no es capaz de desempeñar su trabajo, se encuentra con síntomas que le obligan a permanecer en la cama durante varias horas al día, además de las de la noche, pero que no superan el 50% del día. El individuo satisface la mayoría de sus necesidades pero precisa de ayuda para alguna actividad que antes realizaba, como por ejemplo, la limpieza de la casa.

Etapa 3: El paciente necesita estar en cama más de la mitad del día por la presencia de síntomas. Necesita ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria, como por ejemplo, el vestirse.

Etapa 4: El paciente permanece en cama el 100% del día y necesita ayuda para todas las actividades de la vida diaria, como por ejemplo, la higiene corporal, la movilización en la cama e incluso la alimentación.

Etapa 5: El paciente se encuentra moribundo o morirá en horas.

OBJETIVOS GENERALES:

1. Conocer los cuidados domiciliarios para el alivio del dolor que otorga el cuidador principal al paciente oncológico en etapa terminal.
2. Identificar las características de las personas y de los cuidadores del estudio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.1. Determinar los cuidados domiciliarios en relación a Administración de fármacos para el alivio del dolor.
- 1.2. Determinar los cuidados domiciliarios en relación a medidas físicas para el alivio del dolor.
- 1.3. Determinar los cuidados domiciliarios en relación a apoyo emocional para el alivio del dolor.
- 1.4. Determinar los cuidados domiciliarios en relación a apoyo espiritual para el alivio del dolor.
- 1.5. Determinar los cuidados domiciliarios en relación a medidas relacionadas con el entorno para el alivio del dolor.
- 2.1. Describir características de las personas del estudio:
 - 2.1.1. Sexo.
 - 2.1.2. Edad.
 - 2.1.3. Conocimiento acerca de su diagnóstico.
 - 2.1.4. Presencia de dolor.
 - 2.1.5. Etapa de Escala Performance Status de la ECOG.
- 2.2. Describir características del cuidador principal:
 - 2.2.1. Sexo.
 - 2.2.2. Edad.
 - 2.2.3. Escolaridad.
 - 2.2.4. Relación con el paciente.

Capítulo III: Metodología

Tipo de Diseño de Investigación:

El presente estudio corresponde a una investigación de tipo descriptivo cuantitativo, cuyo diseño, ejecución y análisis responde a esa condición.

Organización del Trabajo en Grupo:

El grupo de seminario de tesis se constituyó en Agosto del 2006 por seis alumnos de tercer año de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, con la motivación de investigar acerca del dolor por cáncer y el Programa de Cuidados Paliativos y Alivio del dolor.

Una vez escogida el área de estudio, se inició la revisión y análisis bibliográfico con el fin de delimitar el problema a investigar.

Además, esta revisión bibliográfica se llevó a cabo durante todo el proceso de la investigación, incluyendo textos, revistas y artículos relacionados con el tema, como también, otros seminarios de tesis e Internet, lo cual permitió confeccionar y enriquecer el marco teórico del estudio.

Durante el desarrollo de este seminario de tesis se contó con la asesoría de la docente Sra. Viviana Guerra, académica del departamento de Enfermería Familiar y Comunitaria de la Escuela de Enfermería y Obstetricia, con quien se realizaron reuniones formales los días viernes de 14:30 a 16:00 hrs., con periodicidad según requerimiento. Así mismo, se realizaron sesiones extra programáticas sin asesoría de la docente guía, según necesidad de la investigación y disponibilidad de tiempo de los seminaristas.

Por último, para la realización y organización del trabajo en forma coordinada, se eligió una directiva compuesta por presidente/a, secretaria/o y tesorera/o.

Universo:

El universo corresponde a 365 pacientes, los cuales se distribuyen en 165 pacientes del Hospital Gustavo Fricke y 200 pacientes del Hospital Carlos Van Buren.

Diseño Muestral:

La muestra está constituida por 60 personas bajo control al 31 de octubre del 2007 en las unidades de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor de los Hospitales Gustavo Fricke y Carlos Van Buren independiente de su domicilio.

En el presente estudio, se utilizará el sistema probabilística, ya que nos permite asegurarnos de que una conducta conducirá a inferencias válidas y confiables donde se conoce la probabilidad de cada sujeto de la población para ser incluidos en la muestra, elegidos al azar, sin participación de la voluntad.

Se utilizará el sistema de muestreo aleatorio simple a través del sorteo o rifa donde, a través de un listado enumerado del total del universo, se anota cada número de las unidades del universo en un papel y finalmente se extraen las unidades correspondientes a la muestra.

Cada uno de los 6 tesisistas seleccionará al azar 10 personas para participar en el estudio, dando un total de **60 personas** que participarán en la investigación. De éstas, un 43% corresponden al Hospital Gustavo Fricke y el 57% al Hospital Carlos Van Buren.

Prueba del Instrumento:

Para comprobar la validez del instrumento a aplicar a los cuidadores principales, cada tesisista tomará al azar un paciente, al cual aplicará el instrumento como prueba con el fin de evaluar errores, ya sea en la redacción o del planteamiento de las preguntas incluidas dentro del instrumento.

Método de Recolección de Datos:

Se aplicará el instrumento de recolección de datos al cuidador principal personalmente por cada uno de los tesisistas, en el domicilio de los pacientes oncológicos, mediante la técnica de entrevista

Se responderán las preguntas en base tanto a lo respondido por los cuidadores, como a la observación que se realizará de dichos cuidados durante la visita al hogar y si se observa una mala técnica evidente o malos cuidados, se darán recomendaciones de lo correcto a cada cuidador.

Descripción de Análisis de Datos:

Los datos se tabularon en el programa Excel, asignando una columna a cada variable y una fila a cada observación. Luego, utilizando el software Stata Transfer y programa Excel, se traspasó la base de datos a formato Stata, que es un software diseñado para análisis estadístico.

El análisis estadístico es de carácter exploratorio toda vez que se utilizaron estadígrafos descriptivos: Sólo la edad del paciente y el cuidador se trató como una variable continua, por lo que se pudo obtener media y desviación estándar, tablas de frecuencia e histogramas de frecuencia. En los demás casos sólo se pudo obtener la tabla de frecuencia, la que entrega la proporción de ocurrencia de cada alternativa y se adjuntó un gráfico de torta para complementar la exposición.

Criterios de Exclusión:

- Menores de 15 años.
- Familia que no acepte participar en la investigación.
- Fallecidos al momento del contacto.

Descripción del Instrumento

El instrumento utilizado es un cuestionario elaborado para conocer los cuidados domiciliarios para el alivio del dolor entregados por el cuidador principal al paciente oncológico en etapa terminal.

El cuestionario consta de 34 preguntas con respuestas cerradas dicotómicas y de selección múltiple, distribuidas en dos secciones:

Sección I: Antecedentes generales del cuidador principal.

Sección II: Cuidados domiciliarios para el alivio del dolor.

- a) En relación a la Evaluación del Dolor.
- b) En relación a la Administración de Fármacos para el Alivio del Dolor.
- c) En relación a los Medidas Físicas para el Alivio del Dolor.
- d) En relación a los Apoyo Emocional para el Alivio del Dolor.
- e) En relación a los Apoyo Espiritual para el Alivio del Dolor.
- f) En relación a los Medidas relacionadas con el Ambiente Estático y Dinámico.

El instrumento será aplicado en el domicilio de los pacientes oncológicos por los tesisistas al cuidador principal mediante técnica de entrevista, previa aplicación de instrumento de consentimiento informado.

Operacionalización de Variables

Cuidados domiciliarios para el alivio del dolor: Conjunto de medidas y actividades que realiza el cuidador principal para el alivio del dolor de un paciente oncológico Terminal, en relación a: evaluación del dolor, administración de fármacos, medidas físicas, apoyo emocional, apoyo espiritual y ambiente estático.

Dimensiones	Sub-dimensiones	Indicadores	Sub-indicadores	
Evaluación del dolor	Conocimiento de sistema para evaluar el dolor	- Si - No		
	Sistema empleado para la evaluación del dolor	Escala Visual Análoga	- Si - No	
		Observación de gestos	- Si - No	
		Observación de postura	- Si - No	
		Observación de conducta	- Si - No	
		Interpretación propia	- Si - No	
		No lo mide		
	Frecuencia de la medición del dolor.	- Rara vez. - 1 o 2 veces al día. - 3 veces al día. - Más de 3 veces al día.		
	Registro de medición del dolor.	- Si - No		

Dimensiones	Sub-dimensiones	Indicadores	Sub-indicadores
Administra ción de fármacos	Conocimiento de la terapia farmacológica para el alivio del dolor	Medicamento indicado.	- Si - No
		Vía de administración.	- Si - No
		Horario de administración.	- Si - No
	Precauciones para la administración de fármacos	Lavado de manos	- Si - No
		Medicamento correcto	- Si - No
		Horario indicado	- Si - No
	Criterio para la administración de fármaco para el alivio del dolor	- Según horario indicado por el médico.	
		- Cada vez que el paciente siente dolor.	
		- Cuando otra persona se lo dice.	
		- Cuando usted cree que tiene dolor.	
	Frecuencia habitual de la administración diaria del fármaco para el alivio del dolor.	- N° veces indicado por médico.	
		- Menos del N° veces indicado por el médico.	
		- Más del N° de veces indicado por el médico.	
		- No se lo administra.	
	Registro de fecha y hora de la administración	- Siempre - Ocasionalmente - Nunca	

Dimensiones	Sub-dimensiones	Indicadores	Sub-indicadores
Medidas físicas para el alivio del dolor	Aplicación de Estimulación sensorial	Calor local	- Si - No
		Hielo local	- Si - No
		Masajes corporales	- Si - No
		Aromaterapia	- Si - No
		Ninguna	- Si - No
	Requerimiento de ayuda para movilizarse	- Si - No	
	Realiza ejercicios corporales asistidos	- Si - No	
Forma en que permanece la mayor parte del día	- Sentado - Acostado - Deambulando		
Cambios posturales	- Si - No - No lo requiere	Horario	

Dimensiones	Sub-dimensiones	Indicadores	Sub-indicadores
Apoyo Emocional	Fomenta la expresión de emociones y sentimientos del paciente	- Si - No - Algunas veces	
	Demostración de sentimientos por parte del cuidador.	- Acompañar - Mirarlo - Caricias - Gestos amables - Darle en el gusto - Evitar discusiones - Otros - Ninguno	
	Promover visitas queridas por el paciente	- Si - No	

Dimensiones	Sub-dimensiones	Indicadores	Sub-indicadores
Apoyo espiritual de acuerdo a religión o creencias del paciente	Conocimiento de religión o credo del paciente	- Si - No	
	Facilita las prácticas o ritos religiosos del paciente	Oración individual.	- Si - No
		Oración grupal.	- Si - No
		Cadena de Oración.	- Si - No
		Manda o encomendarse a la fe.	- Si - No
		Otras	- Si - No
		Ninguna.	- Si - No
	Acompaña a ceremonias religiosas.		- Si - No - No se puede realizar por condiciones del paciente.
Facilita la visita sacerdote u otro.		- Si - No	

Dimensiones	Sub-dimensiones	Indicadores	Sub-indicadores	
Manejo del ambiente estático y Dinámico.	Orden y aseo De la habitación.	- Siempre - Ocasionalmente - Rara vez - Nunca		
	Temperatura adecuada de la habitación.	- Siempre - Ocasionalmente - Rara vez - Nunca		
	Iluminación adecuada de la habitación.	- Siempre - Ocasionalmente - Rara vez - Nunca		
	Ventilación adecuada de la habitación.	- Siempre - Ocasionalmente - Rara vez - Nunca		
	Unidad del paciente	Colchón anti escaras	- Si - No - No lo requiere	
		Cama cómoda y confortable	- Si - No	
	Vestuario	Higiene adecuada.	- Si - No	
		Acorde a temperatura ambiente	- Si - No	
		Acorde a los gustos del paciente	- Si - No	
	Proporcionar actividades recreativas	Música preferida.	- Si - No	
		Lecturas agradables.	- Si - No	
		Conversaciones positivas.	- Si - No	
		Paseos cortos.	- Si - No	
		Juegos de salón.	- Si - No	
		Otra.	- Si - No	
		No lo hace.		

Características del Cuidador Principal: se refiere a sexo, edad, escolaridad y relación con el paciente.

Dimensiones	Sub-Dimensiones	Indicadores	Sub-Indicadores
Sexo		- Femenino - Masculino	
Edad		- De 18 a 30 - De 31 a 40 - De 41 a 50 - De 51 a 60 - Más de 60	
Escolaridad		- Básica Completa - Básica Incompleto - Media Completo - Media Incompleto - Superior Técnico Completo - Superior Técnico Incompleto - Superior Universitaria Completo - Superior Universitaria Incompleto	
Relación con paciente		- Cónyuge - Hija/o - Otro familiar - Amigo/a - Otro	

Características de las personas del estudio: Se refiere a edad, sexo, conocimiento del diagnóstico, presencia de dolor y etapa de Escala Performance Status de la ECOG.

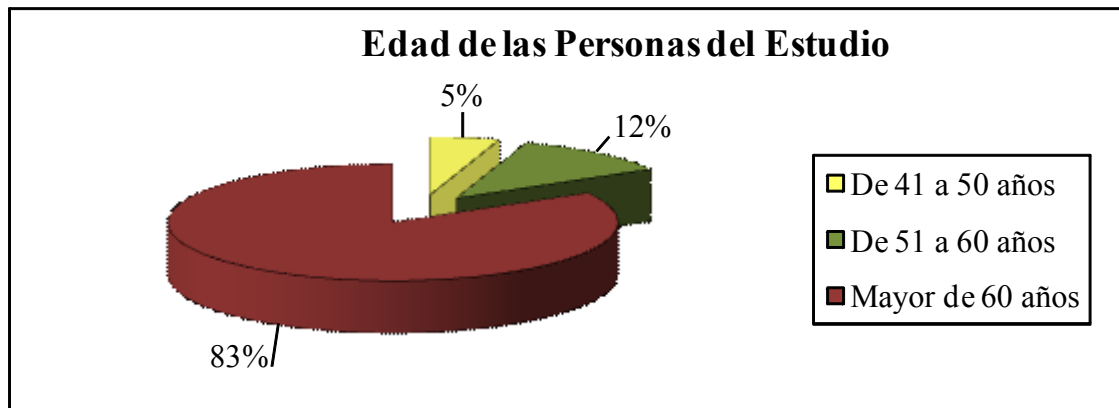
Dimensiones	Sub-Dimensiones	Indicadores	Sub-Indicadores
Sexo		- Masculino - Femenino	
Edad		- De 15 a 20 - De 20 a 30 - De 31 a 40 - De 41 a 50 - De 51 a 60 - Más de 60	
Conocimiento de su diagnóstico		- Si - No	
Presencia de dolor por escala de EVA		- Leve (0-4) - Moderado (5-7) - Severo (8-10)	
Etapa de Escala Performance Status de la ECOG		Etapa 0 Etapa 1 Etapa 2 Etapa 3 Etapa 4	

Capítulo IV: Resultados y Análisis

RESULTADOS DEL ESTUDIO

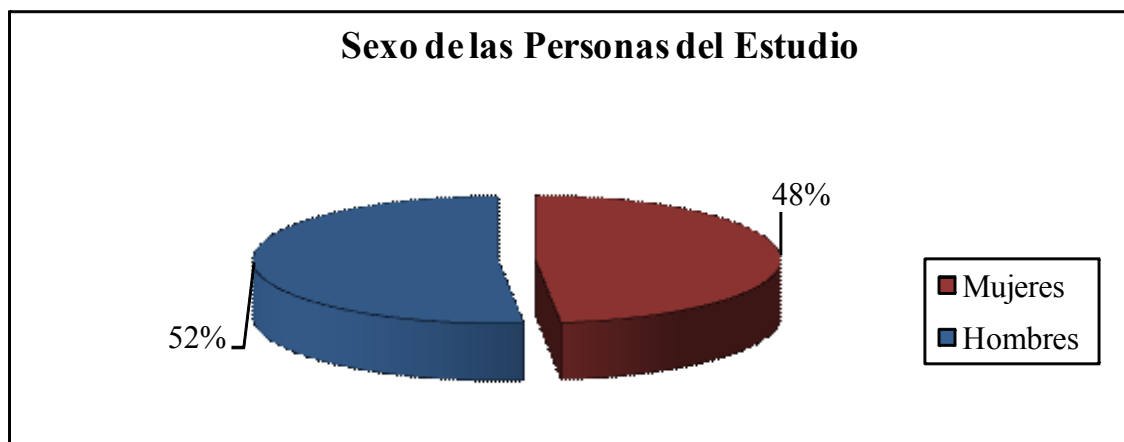
1. Características De las Personas del Estudio:

Gráfico N ° 1:



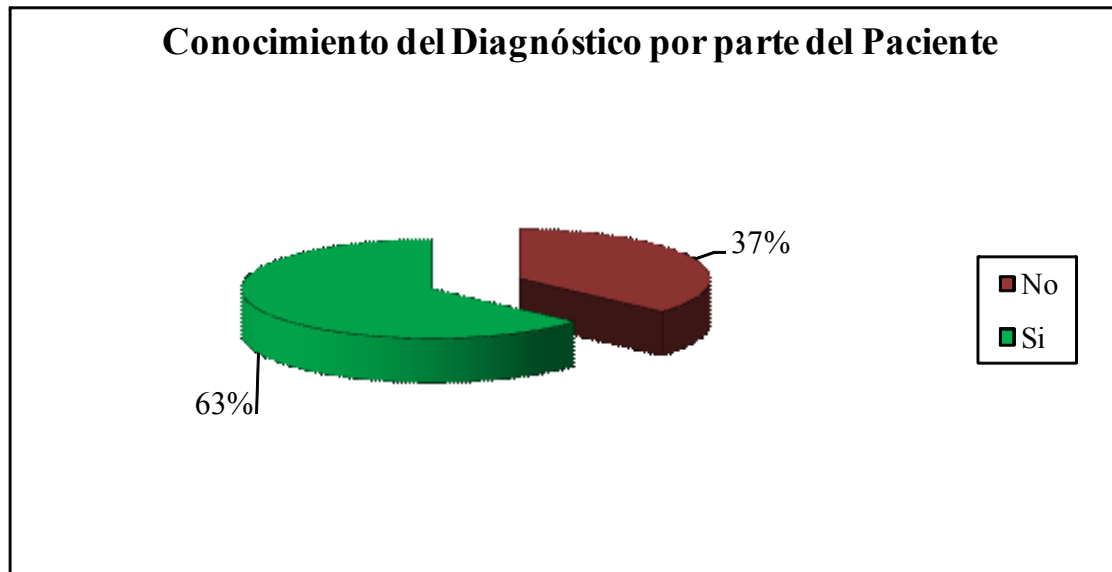
El 83% de las personas del estudio corresponden a mayores de 60 años, el 12% se encuentra entre 51 y 60 años y sólo un 5% entre 41 a 60 años. Lo anterior nos demuestra que la enfermedad del cáncer afecta principalmente a adultos mayores.

Gráfico N ° 2:



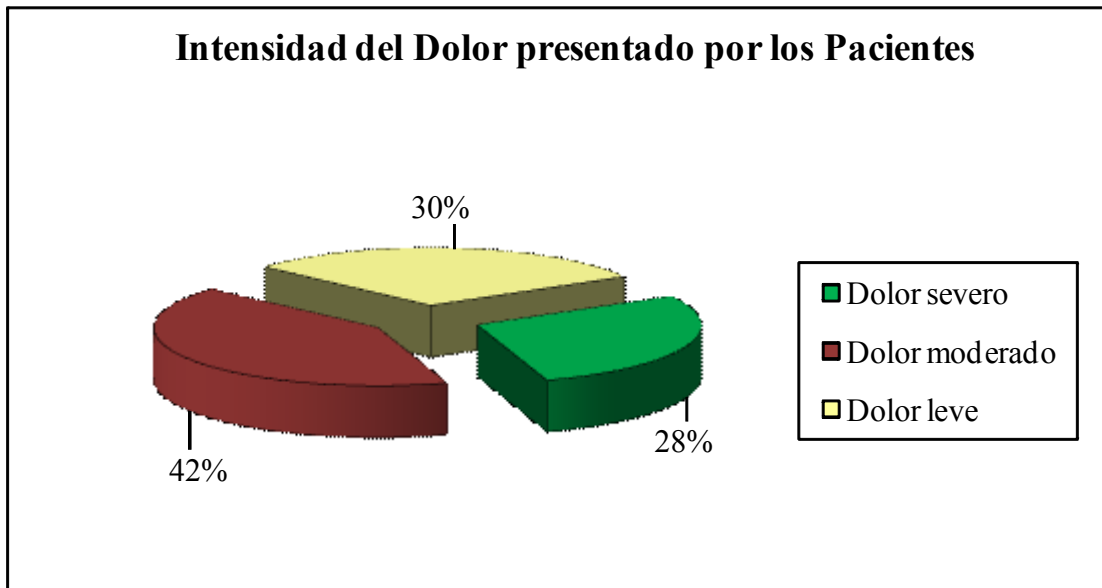
El 52% de las personas del estudio son de sexo masculino, mientras que el 48% de sexo femenino. Por lo tanto, no se encontraron diferencias de sexo, contrastándose con la realidad nacional donde el sexo predominante es el masculino.

Gráfico N ° 3:



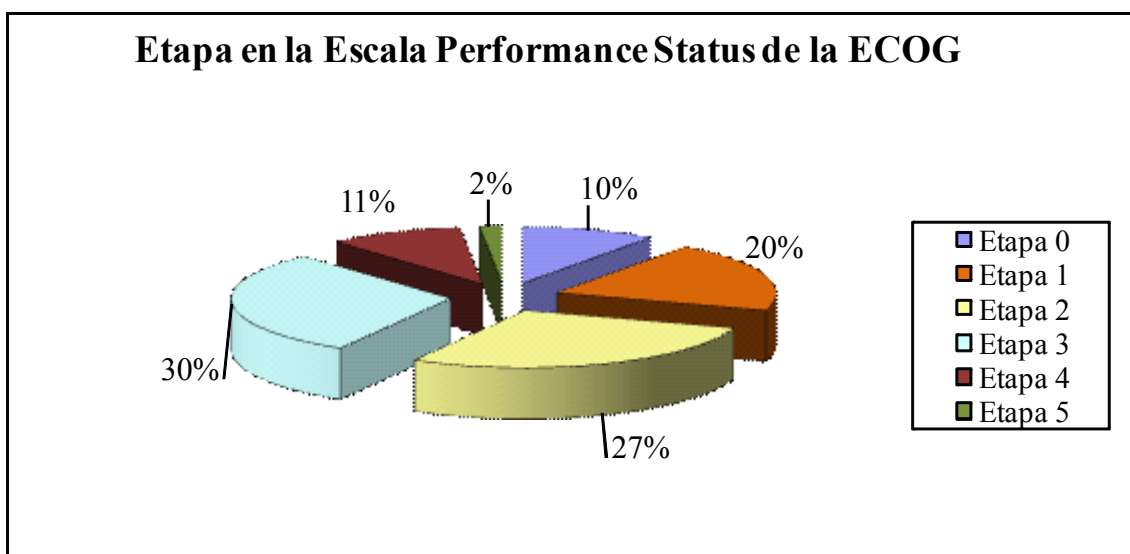
Casi 2/3 de las personas del estudio tiene conocimiento de su diagnóstico, en tanto 1/3 lo desconoce. Esto refleja que más de la mitad de las personas del estudio cuenta con una medida de cuidado que va a favorecer su aceptación de la enfermedad y de la propia muerte, a la vez es uno de los derechos del paciente el no ser engañado y participar de la toma de decisiones en su tratamiento.

Gráfico N ° 4:



El 72% de las personas del estudio presenta dolor moderado o leve y sólo un 28% presenta dolor severo. Esto se debe a que uno de los objetivos principales del programa es precisamente el Alivio del dolor, por lo tanto, el presente gráfico evidencia un adecuado manejo del dolor otorgado por el programa de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor.

Gráfico N ° 5:

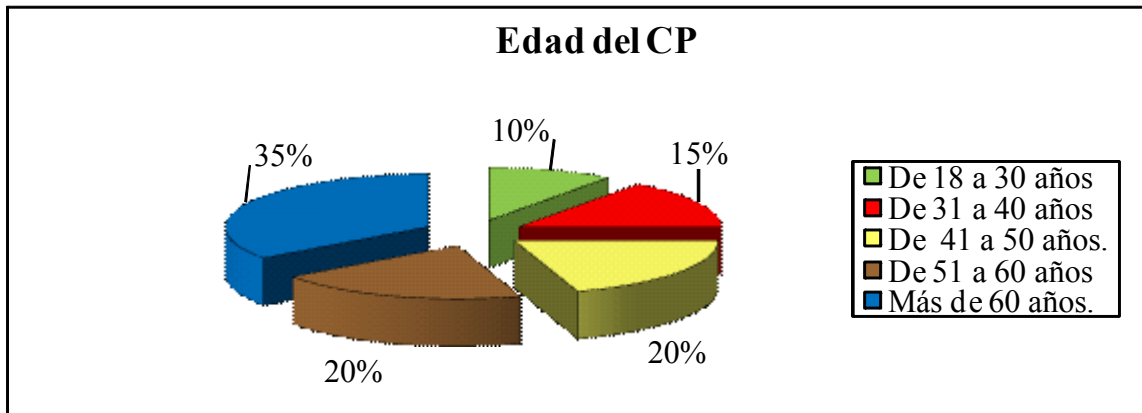


ECOG= *Eastern Cooperative Oncologic Group*.

El 57% se encuentra ubicado en las etapas 0, 1 y 2, es decir, necesitan ocasionalmente asistencia de sus cuidadores para realizar las actividades de la vida diaria, y aunque se encuentren con diagnóstico de cáncer terminal pueden permanecer en su domicilio. El 30% requiere cuidados de enfermería y mantiene ciertas capacidades para sus actividades de la vida diaria. Finalmente, sólo un 13% se encuentra en etapas dependientes y requiere cuidados extremos.

2. Características de los Cuidadores Principales:

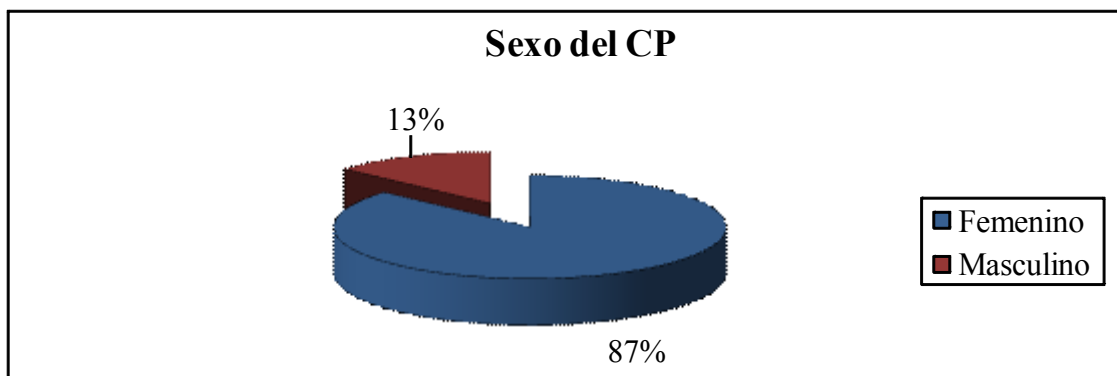
Gráfico N ° 6:



C.P.=Cuidador Principal.

El 35% de los CP corresponde a personas mayores de 60 años, el 20% entre 51 y 60 años, el 20% entre 41 y 50 años, un 15% entre 31 y 40 años y sólo un 10% entre 18 y 30 años. Podemos inferir que hay más adultos mayores como cuidadores principales, porque corresponden a cónyuges de las personas del estudio.

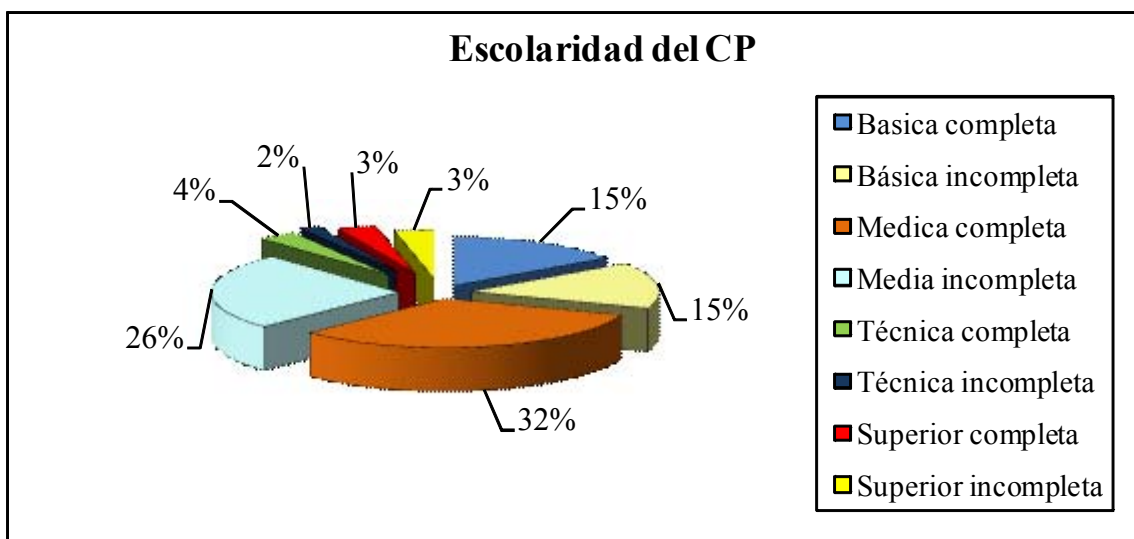
Gráfico N ° 7:



C.P.=Cuidador Principal.

El 87% de los CP corresponden al sexo femenino y tan sólo un 13% al masculino. Esto concuerda con el rol de género que adquiere generalmente la mujer a la hora de hacerse cargo del cuidado de los enfermos dentro de la familia.

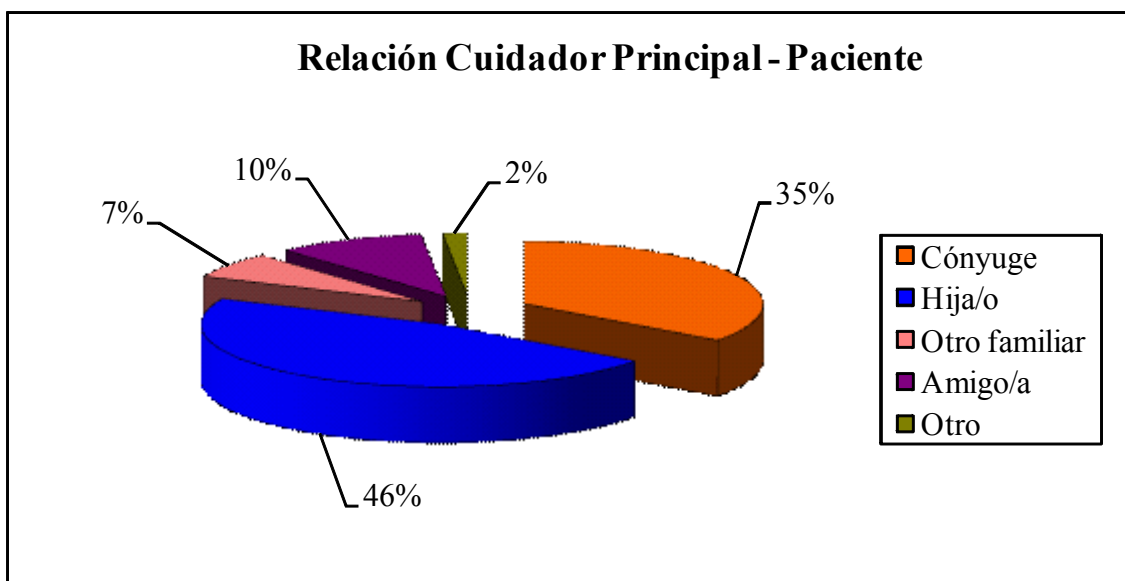
Gráfico N ° 8:



C.P.=Cuidador Principal.

Un 32% de los cuidadores principales cuenta con escolaridad media completa, el 26% con escolaridad media incompleta, en tanto, la escolaridad básica completa e incompleta representan un 15% respectivamente. Los estudios superiores y técnicos representan un 12% de los encuestados. Comparando la escolaridad promedio de la población chilena que es de 10, 2 años de estudio, según la encuesta CASEN; un 74% de la muestra se encuentra dentro de este promedio, lo que constituye un factor protector frente a los cuidados domiciliarios que otorgan a las personas del estudio, ya que les permite una adecuada comprensión de las indicaciones médicas y de enfermería.

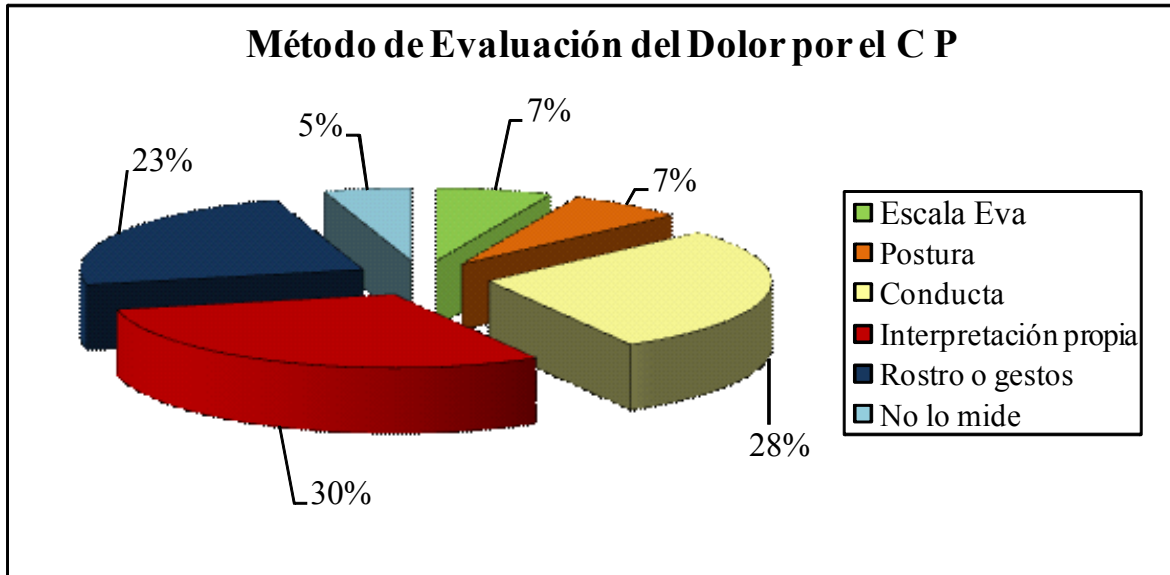
Gráfico N ° 9:



El 46% de los CP corresponden a hijos de las personas del estudio, un 35% corresponden a los cónyuges, un 10 % a un amigo/a, un 7% a otro familiar y un 2% a otro tipo de relación. El predominio de cónyuges o familiares se debe principalmente a que la responsabilidad que implica cuidar a un enfermo terminal es bastante y el lazo afectivo que existe entre ellos hace que los familiares tiendan a tomar el rol de cuidadores principales y hacerse cargo de dicha responsabilidad.

3. Cuidados Domiciliarios otorgados por el Cuidador Principal para el Alivio de Dolor:

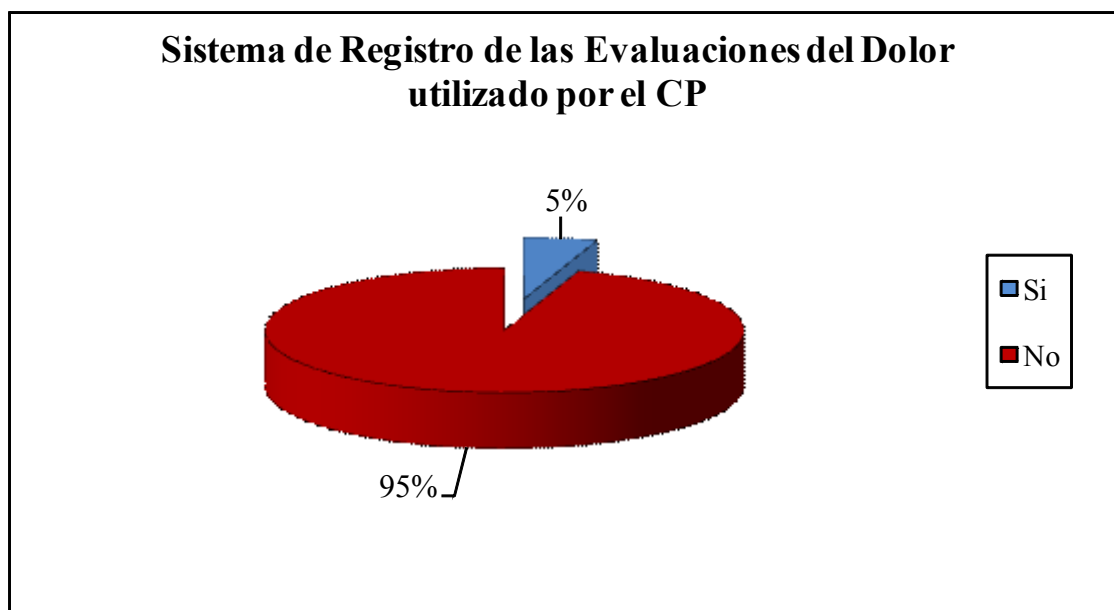
Gráfico N ° 10:



CP= Cuidador Principal.

Un 30% de los cuidadores principales utilizan la Interpretación propia para evaluar el dolor de su paciente a cargo, un 28% utilizan la observación de la conducta que el paciente adopta, un 23% utiliza la observación del rostro o gestos de su paciente, un 7% utiliza la observación de la postura que mantiene el paciente, sólo un 7% utiliza la escala de EVA. Podemos decir que no existe un manejo domiciliario adecuado y objetivo de las evaluaciones del dolor, ya que un 88% de cuidadores decide en forma subjetiva cuánto dolor tiene su paciente y un 5% no lo mide.

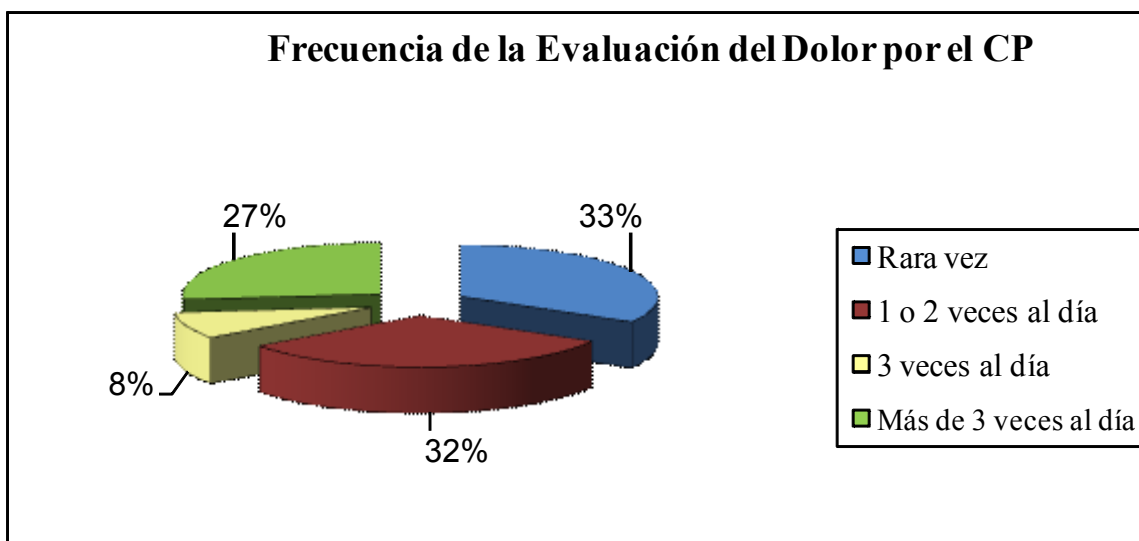
Gráfico N ° 11:



CP= Cuidador Principal.

Un 95% de los cuidadores no cuenta con un sistema de registro escrito para evaluar el dolor de su paciente, siendo la evaluación del dolor una práctica esencial de cuidado que contribuye al adecuado manejo del tratamiento farmacológico del dolor por cáncer.

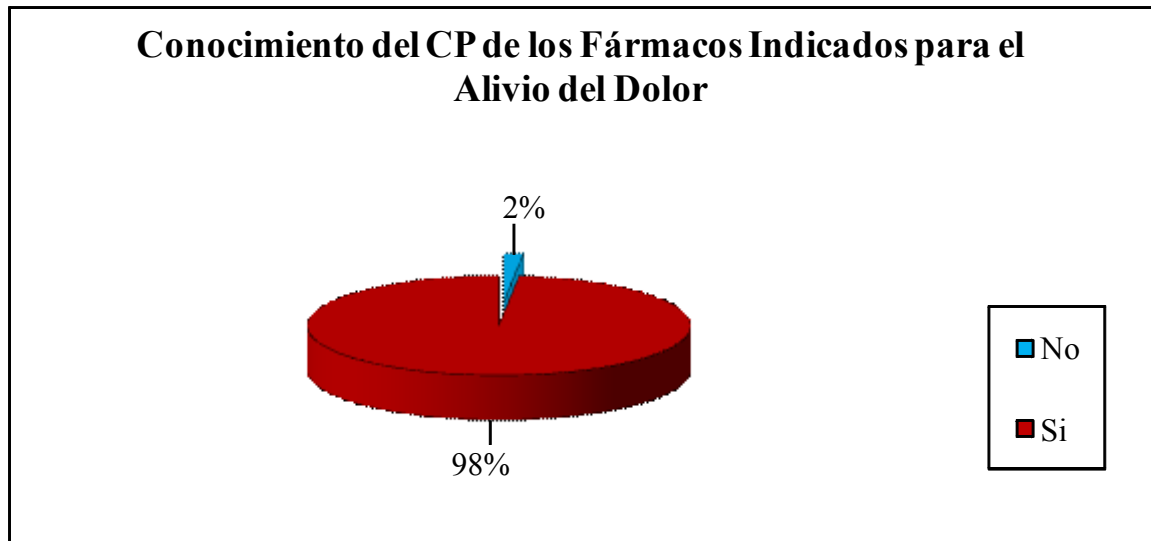
Gráfico N ° 12:



CP= Cuidador Principal.

Un 33% de los cuidadores principales realiza rara vez una evaluación del dolor a su paciente, lo cual constituye un aspecto negativo para el logro del objetivo esencial, que es el manejo del dolor. Un 27% de los cuidadores principales efectúa más de tres veces al día la evaluación del dolor; y el 40% restante realiza esta evaluación entre una y tres veces al día, medida que debiera cumplirse en la totalidad de los casos, dada la importancia que esta adquiere en los pacientes con dolor.

Gráfico N ° 13:

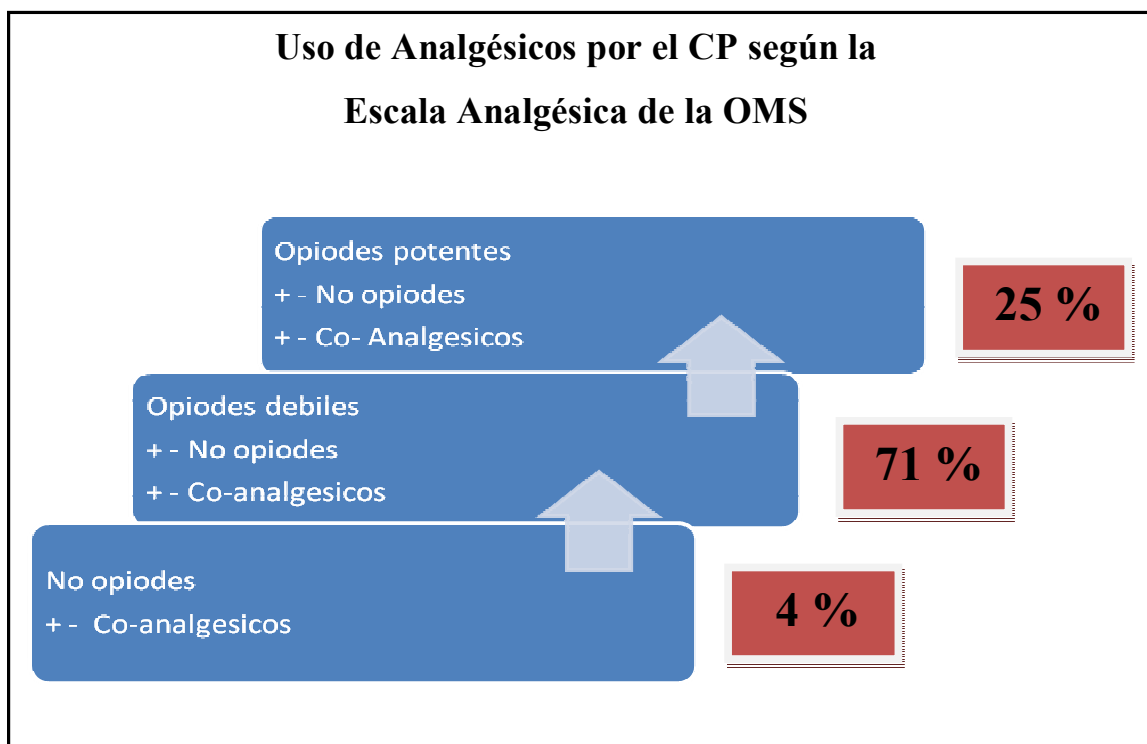


C.P.=Cuidador Principal.

Un 98% de los cuidadores principales tiene conocimiento de los medicamentos indicados por el médico a su paciente a cargo para aliviar el dolor.

Esto constituye un aspecto positivo, ya que contribuye al logro del objetivo del manejo del dolor.

Cuadro N ° 1:

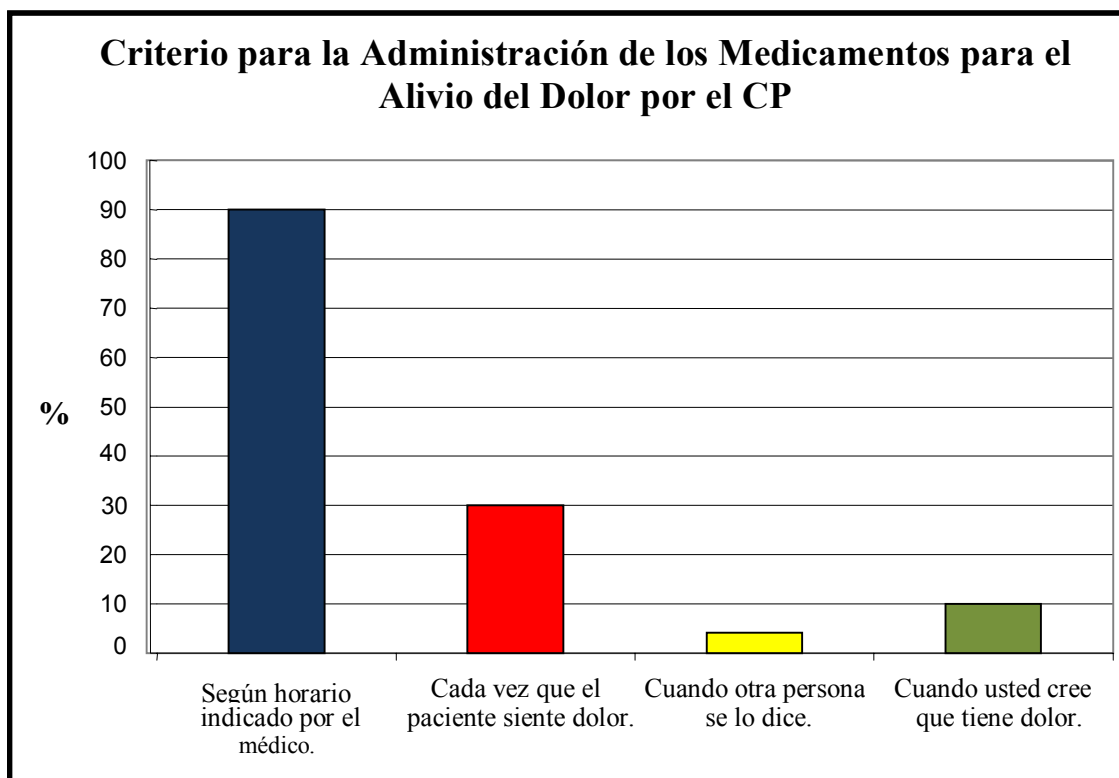


CP= Cuidador Principal.

Un 71% de los entrevistados refiere estar indicado en sus pacientes medicamentos que corresponden al segundo escalón de la OMS, estos son Opioides débiles con co-analgésicos, un 25 % Opioides potentes, correspondientes al tercer escalón y tan solo un 4 % al primer escalón que corresponde a los No Opioides.

Este resultado coincide con que el mayor porcentaje de pacientes se encuentra ubicado en la Etapa 2 y 3 de la Escala Performance Status de la ECOG y que por tanto presentan dolor de tipo moderado, lo que evidencia que el manejo del dolor se logra a través del 1° y 2° escalón.

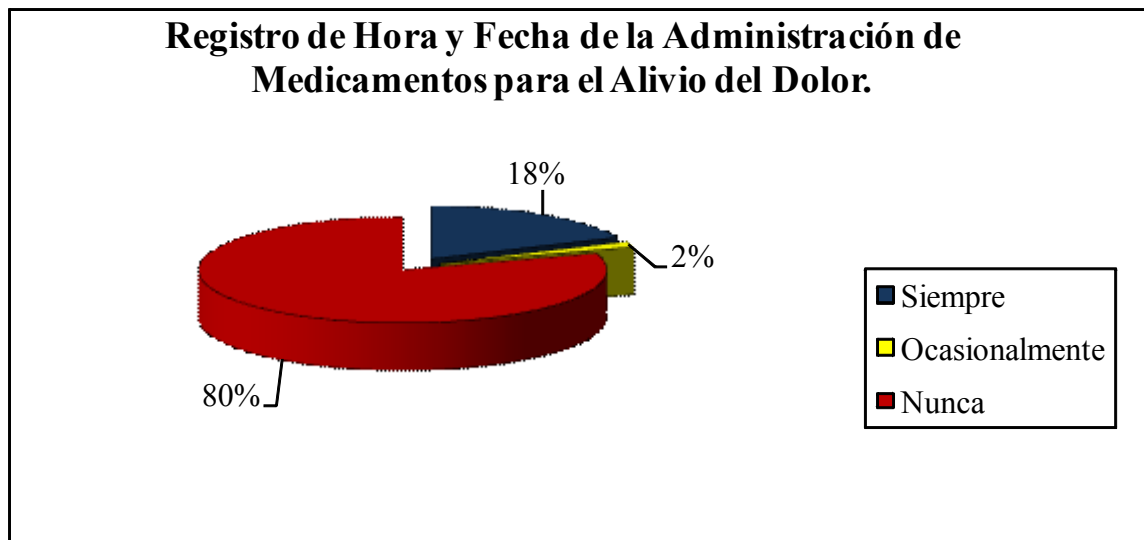
Gráfico N ° 14:



C.P.=Cuidador Principal.

Un 90% de los CP refiere administrar los medicamentos según indica el médico, cumpliendo así con un manejo adecuado para el alivio del dolor, a través de un principio básico que consiste en mantener un nivel plasmático estable del fármaco. Un 30% lo administra cuando el paciente refiere dolor y un 10% cuando el cuidador cree que existe dolor. Un 5% administra los analgésicos cuando otra persona se los dice.

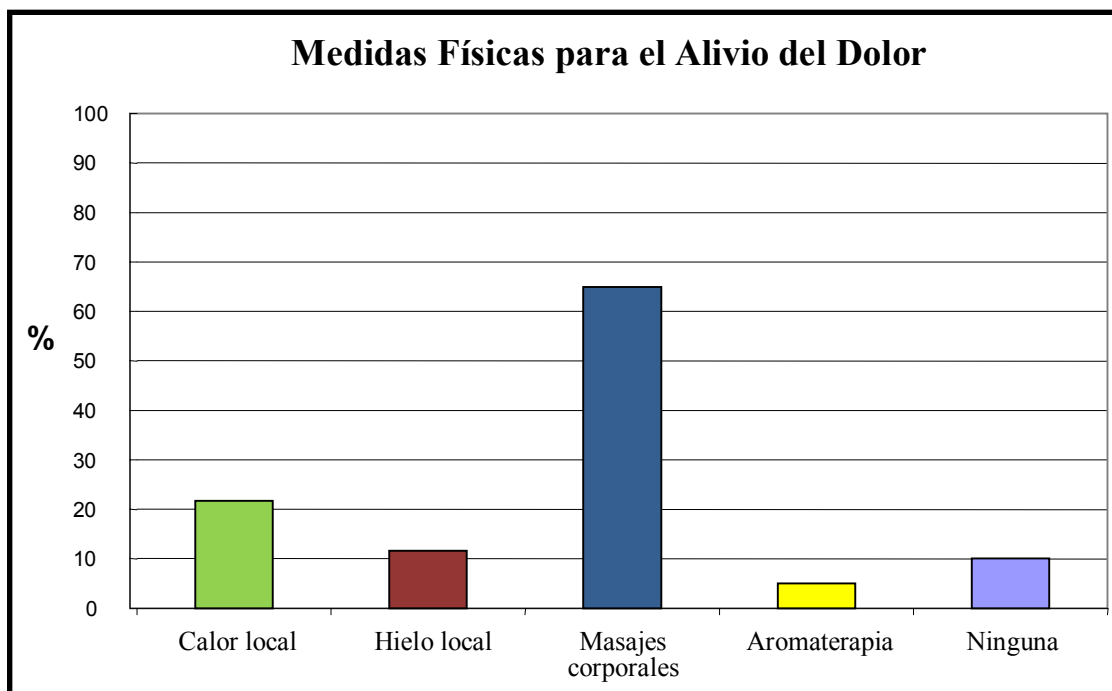
Gráfico N ° 15:



El presente gráfico muestra que sólo un 18% de los cuidadores mantiene un registro escrito de fecha y hora de la administración de medicamentos.

El registro de la administración de los medicamentos es un cuidado necesario para asegurar el cumplimiento de la terapia, sin embargo, en el 80% de los casos no se realiza, siendo una práctica no sistematizada en la atención domiciliaria, donde no existen registros estandarizados.

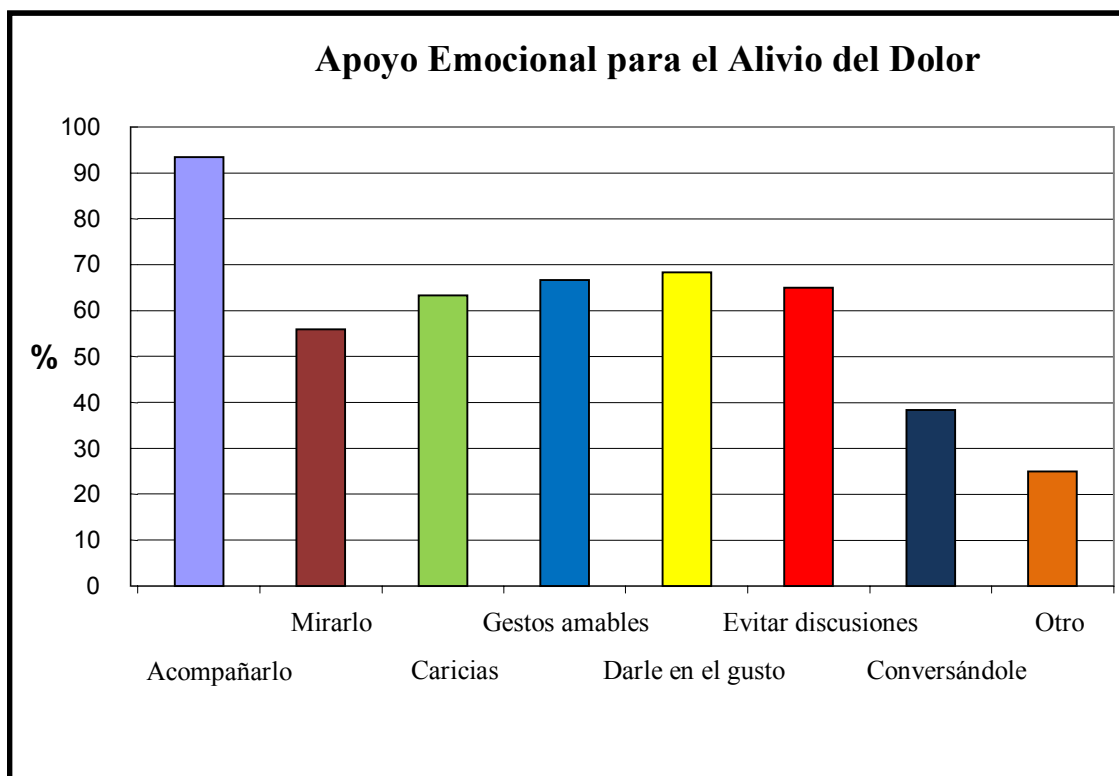
Gráfico N° 16:



En el presente grafico se puede observar que los masajes corporales predominan con un total de un 65%, indicando que los utilizaban, tal vez compensando su afectividad por parte del cuidador principal, lo que consolida el marco citado.

Cabe señalar los bajos porcentajes obtenidos por la Aromaterapia, representando solo el 5% del total del estudio, esto se debe a la poca información con respecto a dicha medida y lo nuevo de ésta.

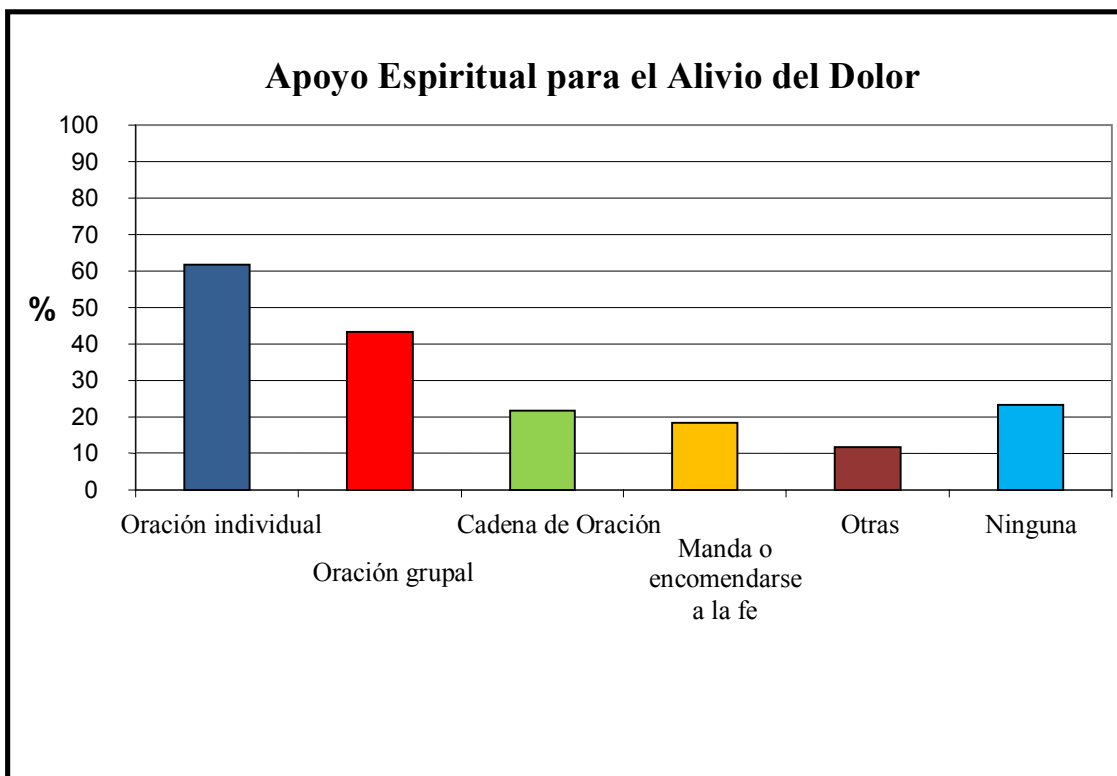
Gráfico N° 17:



Un 92% del total de las personas del estudio entregan apoyo emocional al paciente con cáncer por medio del ACOMPAÑAMIENTO, cifra que indica la necesidad de cualquier persona que tenga una enfermedad que amenaza su vida de la compañía y apoyo de otras que les ayuden a enfrentar su enfermedad. Le sigue con un 67% del total del estudio, el apoyo espiritual por medio de DARLE EN EL GUSTO en lo que el paciente con cáncer desee.

Estas cifras reflejan la importancia brindada al apoyo emocional por parte de los cuidadores del paciente con cáncer, el cual se ve enfrentado a la inminencia de su muerte y a un dolor que trata de explicarse, agravando la vivencia del dolor por parte de este.

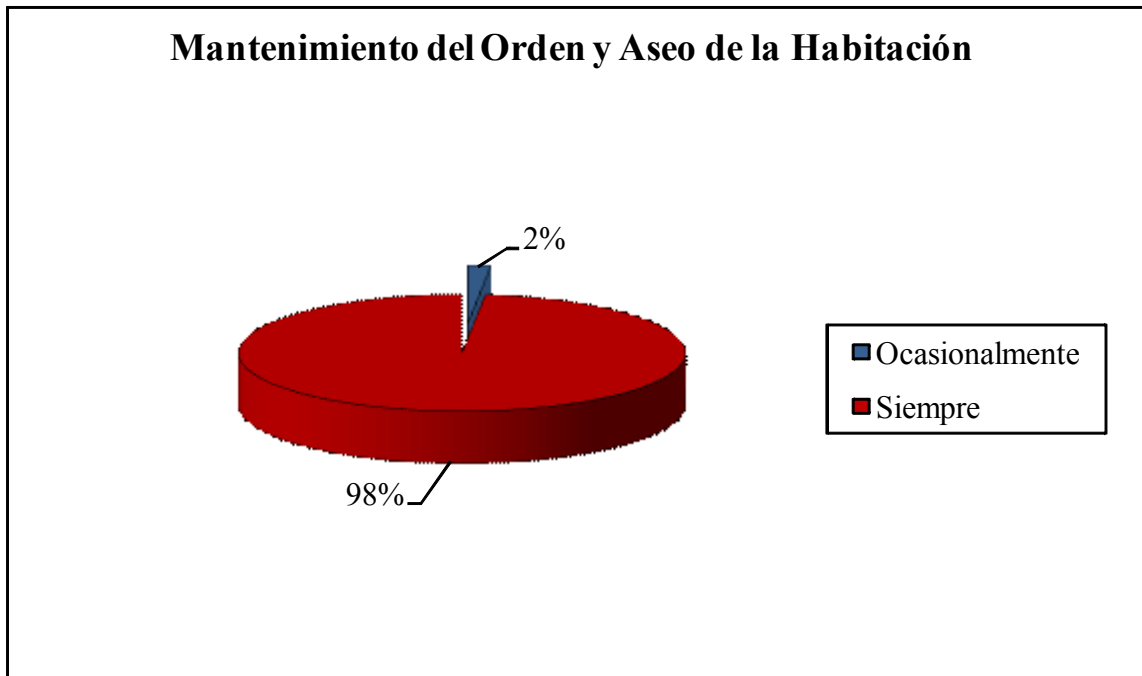
Gráfico N° 18:



En el siguiente gráfico, se puede observar que el CP recurre a actividades religiosas siendo la Oración Individual la más utilizada con un 61%, seguida por la Oración Grupal con un 44%. Dichas cifras indican que la religión es una fuente de fuerza espiritual para algunos pacientes con cáncer, para otros puede representar el encuentro de una nueva fe durante su experiencia con la enfermedad.

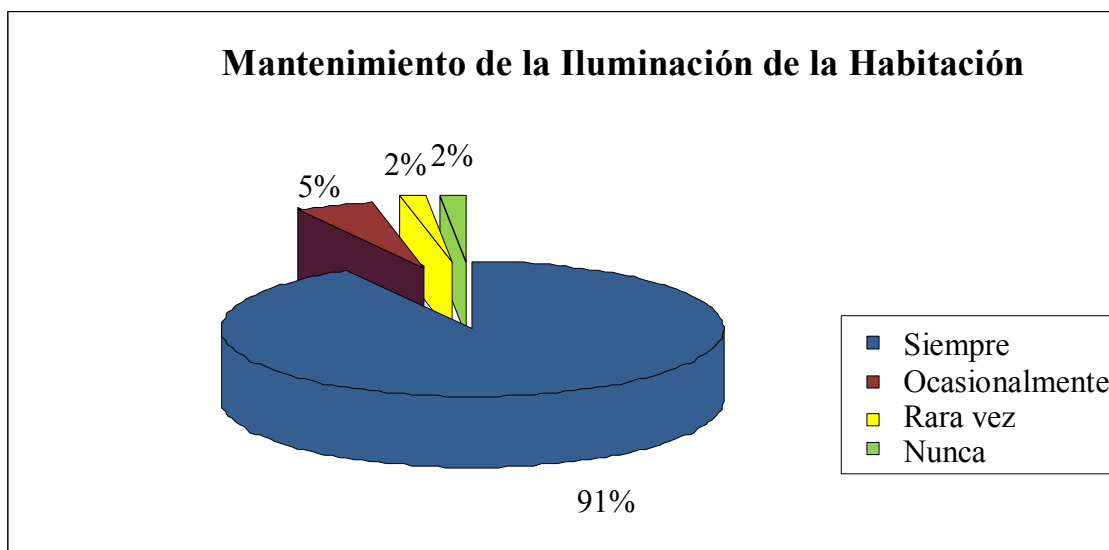
Gráfico N° 19:

Medidas Relacionadas con la Habitación de las Personas del Estudio:



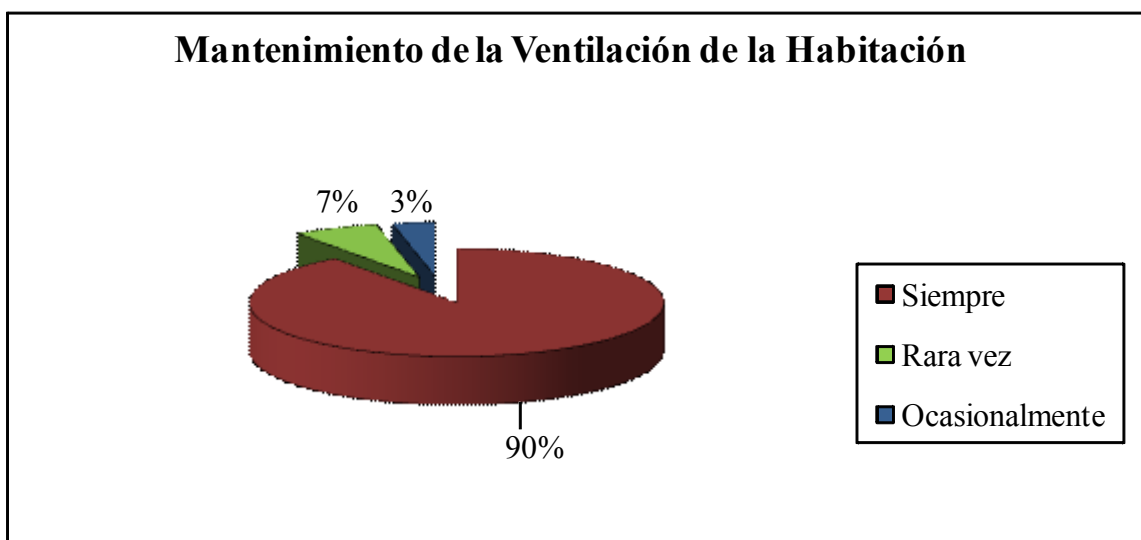
El 98% de los CP mantienen siempre el orden y aseo de la habitación y el 100% mantienen una temperatura adecuada, cifra que indica la importancia otorgada por parte de los cuidadores principales a dicha medida, la cual permite una mejor calidad de vida y bienestar en las diferentes etapas de la enfermedad. Además, el aseo e higiene de la habitación favorecerán la prevención de infecciones y complicaciones de la enfermedad.

Gráfico N° 20:



El 91% de las personas se preocupa de mantener una iluminación adecuada en la habitación del paciente oncológico contribuyendo de esta forma al alivio del dolor.

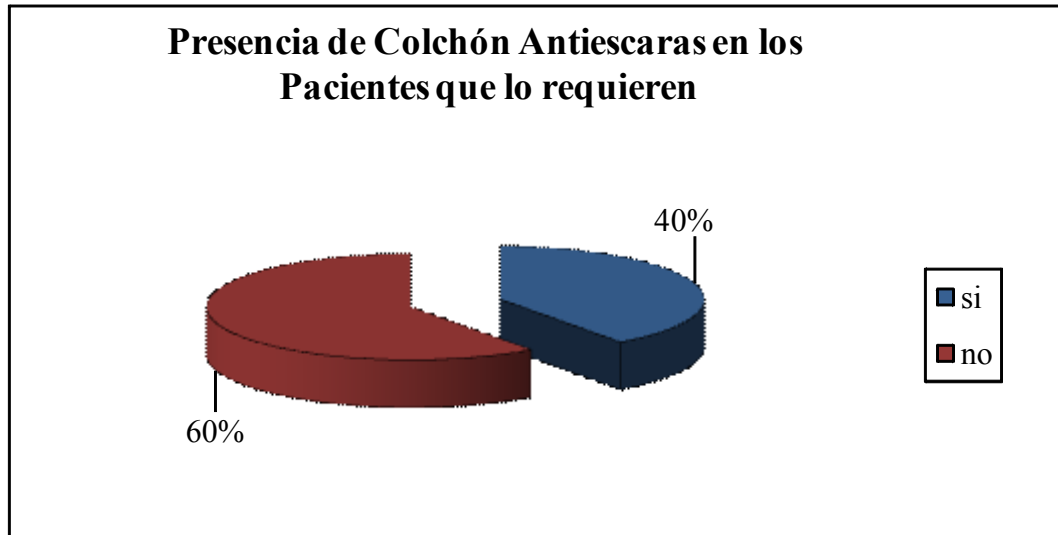
Gráfico N° 21:



El 90% de los CP ventila la habitación del paciente, lo que refleja la preocupación de éstos por descontaminar el aire de la habitación y evitando de esta forma, el posible contagio de enfermedades transmisibles a las que se encuentran expuestos los pacientes.

El 7% ocasionalmente se preocupa de la ventilación de la habitación y el 3% rara vez se preocupa de esto.

Gráfico N° 22:



Del presente gráfico se desprende que sólo el 40% de los pacientes oncológicos que lo requieren dispone de colchón antiescaras, aun cuando, este se encuentra dentro de los beneficios de los pacientes terminales insertos en el Programa Nacional de Cuidados Paliativos y alivio del dolor. El uso del colchón antiescaras es de suma importancia en pacientes que permanecen la mayor parte del tiempo acostados y no se movilizan, ya que este artefacto absorbe la presión del cuerpo de la persona y distribuye el peso de esta, evitando así la presión constante que ejerce sobre una superficie dura, que suele descargarse sobre puntos concretos que son el isquion, el coxis, los trocánteres y la cintura escapular principalmente, provocando una isquemia tisular que llevará finalmente al desarrollo de una úlcera por presión en la zona afectada.

Gráfico N° 23:



El 72% de los cuidadores principales del estudio considera la música como una medida terapéutica para el alivio del dolor de éstos pacientes y sus familias. Cabe señalar que las conversaciones positivas y la lectura se encuentran por sobre el 40% de las preferencias de los cuidadores hacia sus pacientes al momento de otorgar actividades recreativas para aliviar el dolor.

Por otra parte, sólo el 12% de los cuidadores del estudio se preocupa de recrear a sus pacientes con juegos de salón, si bien, es una cifra baja muchos de los cuidadores que imparten juegos de salón también lo complementan con música, conversaciones, lectura o alguna otra actividad recreativa que ellos perciben que alivia el dolor de su paciente oncológico.

Capítulo V: Resumen, Conclusiones y Recomendaciones.

RESUMEN

Delimitación del Problema:

Cuidados domiciliarios para el alivio del dolor que otorga el cuidador principal a pacientes oncológicos en etapa Terminal de 15 años y más, bajo control en las Unidades de Cuidados Paliativos de los Hospitales Gustavo Fricke y Carlos Van Buren a Octubre, 2007.

Objetivos Generales:

3. Conocer los cuidados domiciliarios para el alivio del dolor que otorga el cuidador principal al paciente oncológico en etapa terminal.
4. Identificar las características de las personas y de los cuidadores del estudio.

Objetivos Específicos:

- 1.1. Determinar los cuidados domiciliarios en relación a Administración de fármacos para el alivio del dolor.
- 1.2. Determinar los cuidados domiciliarios en relación a medidas físicas para el alivio del dolor.
- 1.3. Determinar los cuidados domiciliarios en relación a apoyo emocional para el alivio del dolor.
- 1.4. Determinar los cuidados domiciliarios en relación a apoyo espiritual para el alivio del dolor.
- 1.5. Determinar los cuidados domiciliarios en relación a medidas relacionadas con el entorno para el alivio del dolor.
- 2.1. Describir características de las personas del estudio:
 - 2.1.1. Sexo.
 - 2.1.2. Edad.
 - 2.1.3. Conocimiento acerca de su diagnóstico.
 - 2.1.4. Presencia de dolor.
 - 2.1.5. Etapa de Escala Performance Status de la ECOG.
- 2.2. Describir características del cuidador principal:
 - 2.2.1. Sexo.
 - 2.2.2. Edad.
 - 2.2.3. Escolaridad.

2.2.4. Relación con el paciente.

Metodología:

- Tipo de Diseño de Investigación: El presente estudio corresponde a una investigación de tipo descriptivo cuantitativo.
- El universo corresponde a 365 pacientes, los cuales se distribuyen en 165 pacientes del Hospital Gustavo Frické y 200 pacientes del Hospital Carlos Van Buren.
- Diseño Muestral: Para seleccionar la muestra del estudio, se utilizará el sistema de muestreo aleatorio simple mediante un sorteo donde, a través de un listado enumerado del total del universo, se anotará el número de cada unidad del universo en un papel y se extraerán las unidades correspondientes a la muestra. Cada uno de los tesisas seleccionará 10 personas, dando un total de 60 personas que participarán en la investigación.
- Método de Recolección de Datos: Se aplicará el instrumento de recolección de datos al cuidador principal personalmente por los tesisas, en el domicilio de los pacientes oncológicos, mediante la técnica de entrevista.

Se responderán las preguntas en base a lo respondido por los cuidadores principales y si se observa una mala técnica evidente o malos cuidados, se darán recomendaciones de lo correcto a cada cuidador.

Posterior a la entrevista y aplicación del instrumento, se tabularán los resultados, se realizarán los cálculos estadísticos y, finalmente, se realizarán las conclusiones del estudio.

Resultados del Estudio:

- En relación al sexo no existe una diferencia entre hombres y mujeres (52% y 48% respectivamente)
- El 83% de las personas del estudio se encuentra en el rango de 60 años y más.
- El 63% de los pacientes ingresados al programa de Cuidados Paliativos y Alivio de Dolor no conoce su diagnóstico.
- El 28% de las personas del estudio presentan dolor severo. El 30% presenta dolor leve y el 42% presenta dolor moderado.

- Escala Performance Status de la ECOG: Un 13% se encuentra en etapas dependientes y requiere cuidados extremos.
- El 87% de los CP son de sexo femenino.
- Un 35% de los CP son mayores de 60 años.
- El 43% de los CP cuenta con una escolaridad básica incompleta.
- El 46% de los CP corresponden a los cónyuges del paciente mientras que tan solo el 2% tiene otro tipo de relación con el paciente.
- El 93% de los CP no utiliza un método objetivo para evaluar el dolor.
- Un 95% de los CP no cuenta con un sistema de registro escrito para evaluar el dolor de su paciente.
- Un 35% de los CP evalúa 3 veces y más el dolor de su paciente en el día.
- Un 98% de los cuidadores principales conoce los fármacos indicados por el médico a su paciente a cargo para aliviar el dolor.
- El 71% de los CP administran analgésicos del segundo peldaño de la escala analgésica de la OMS que corresponde a: No opioides y co analgésicos.
- Un 90% de los CP administra los medicamentos según indica el médico.
- El 95% de los CP no posee un método de registro de administración de medicamentos para el alivio del dolor de su paciente.
- El 95% de los CP realiza masajes corporales para el alivio del dolor a sus pacientes.
- El 47% de los pacientes permanece acostado la mayor parte del tiempo y requieren del uso de colchón antiescaras.
- De los pacientes que requieren colchón antiescaras sólo el 40% lo posee.
- El 70% de los CP motiva a su paciente a expresar sus sentimientos con respecto a su enfermedad.
- El 92% de los CP acompañan a su paciente como medida de apoyo emocional.
- El 62% de los CP brinda apoyo espiritual a sus pacientes incentivando la oración individual.
- El 85% de los CP se preocupa de mantener una higiene y temperatura adecuada de la habitación.
- El 75% de los cuidadores principales se preocupan de que sus pacientes escuchen su música preferida.

CONCLUSIONES

1. En relación a las Características de las Personas del Estudio:

- En relación al sexo no existe una diferencia entre hombres y mujeres (52% y 48% respectivamente)
- Edad: El 83% de las personas del estudio se encuentra en el rango de 60 años y más.
- El 63% de los pacientes ingresados al programa de Cuidados Paliativos y Alivio de Dolor no conoce su diagnóstico.
- El 28% de las personas del estudio presentan dolor severo. El 30% presenta dolor leve y el 42% presenta dolor moderado.
- Escala Performance Status de la ECOG: un 13% se encuentra en etapas dependientes y requiere cuidados extremos. El 57% se encuentra ubicado en las etapas 0, 1 y 2, es decir , necesitan ocasionalmente asistencia de sus cuidadores para realizar las actividades de la vida diaria

2. En relación a las características del cuidador principal:

- El 87% de los cuidadores principales son de sexo femenino.
- Edad: un 35% de los cuidadores principales son mayores de 60 años. Sólo un 10% de los cuidadores son de 18 a 30 años. El 55% son de 31 a 60 años.
- Escolaridad: El 43% de los cuidadores principales cuenta con una escolaridad básica incompleta.
- Relación con el paciente: El 46% de los cuidadores principales corresponden a los cónyuges del paciente mientras que tan solo el 2% tiene otro tipo de relación con el paciente.

3. Cuidados Domiciliarios otorgados por el Cuidador Principal para el Alivio de Dolor:

En relación a la Evaluación del Dolor por parte del CP:

- Método de Evaluación del Dolor por parte del CP: sólo el 7% de los CP aplica la Escala EVA para evaluar el dolor de los pacientes. El 93% no utiliza un método objetivo para evaluar el dolor.
- Registro de la Evaluación del Dolor por parte del CP: el 95% de los CP no cuenta con un registro.
- Frecuencia de la Evaluación del Dolor por parte del CP: el 35% evalúa 3 veces y más el dolor en el día.

En relación a la administración de medicamentos para el alivio del dolor:

- Conocimiento de los Medicamentos para el Alivio del Dolor: El 95% de los CP conocen el/los Medicamento(s) para el alivio del dolor.
- Uso de Analgésico por el CP según la Escala Analgésica de la OMS: El 71% administran analgésicos que se encuentran en el segundo peldaño de la escala analgésica de la OMS que corresponde a: No opioides y co analgésicos.
- Criterio para la Administración de los Medicamentos para el Alivio del Dolor: El 90% de los CP administra el/los medicamento(s) para el alivio del dolor según indicación médica.
- Registro de Hora y Fecha de la Administración de los Medicamentos para el Alivio del Dolor: El 95% de los CP no posee un método de registro de administración de medicamentos para el alivio del dolor de su paciente.

En relación a las Medidas físicas para el alivio del dolor:

- Medidas físicas para el alivio del dolor: El 95% de los CP realiza masajes corporales para el alivio del dolor a sus pacientes.
- Modo en que permanece el paciente: El 47% de los pacientes permanece acostado la mayor parte del tiempo y requieren del uso de colchón antiescaras.
- Presencia de colchón antiescaras: De los pacientes que requieren colchón antiescaras sólo el 40% lo posee.

En relación al apoyo emocional para el alivio del dolor:

- Expresión de sentimientos con respecto a su enfermedad: El 70% de los CP motiva a su paciente a expresar sus sentimientos con respecto a su enfermedad.
- Apoyo emocional: El 92% de los CP acompañan a su paciente como medida de apoyo.
- El 84% de los CP incentivan las visitas de otras personas cercanas o familiares del paciente.

En relación a apoyo espiritual para el alivio del dolor:

- El 100% de los CP conoce la religión de su paciente.
- El 62% de los CP brinda apoyo espiritual a sus pacientes incentivando la oración individual.
- El 64% de los CP facilita la visita de sacerdotes u otro representante de la religión o credo que profesa su paciente

En relación al Manejo del Ambiente Estático y Dinámico para el alivio del dolor:

- Con respecto al aseo y orden, temperatura, iluminación y ventilación de la habitación del paciente, las medidas otorgadas por el cuidador son adecuadas ya que se cumplen casi en su totalidad constituyendo un factor protector para la salud y bienestar del paciente.
- Con respecto a la vestimenta el 85% de los CP se preocupa de mantener una higiene y temperatura acorde a las necesidades del paciente y ambiente en el que se encuentre éste.
- Dentro de las actividades recreativas proporcionadas por el cuidador principal para el alivio del dolor el 75% de los CP permite escuchar la música preferida por el paciente.

SUGERENCIAS

- Se estima necesario la implementación del registro mensual de las evaluaciones del dolor ya existentes en la norma general técnica de cuidados paliativos y alivio del dolor en dichas unidades de los Hospitales Gustavo Fricke y Carlos Van Buren.
- Se sugiere capacitar a los cuidadores en relación a los cuidados requeridos por los pacientes según el tipo de cáncer y la etapa de Performance Status que presentan, haciendo énfasis en la importancia del lavado de manos previo a la administración de los medicamentos.
- Se recomienda capacitar acerca de cuidados tanatológicos a los cuidadores principales y la familia de los pacientes moribundos.
- Efectuar visitas domiciliarias frecuentes al paciente y familia para supervisar el cumplimiento y refuerzo de las indicaciones entregadas.
- Se recomienda realizar las gestiones pertinentes de manera de que todos los pacientes que requieran de un colchón antiescaras puedan obtenerlo.
- Realizar capacitaciones al equipo de Enfermería respecto a normas ministeriales y mantener actualizaciones acerca del tema, con el fin de unificar los criterios de atención a lo menos en la V región.
- Sería necesario utilizar con mayor frecuencia la red interdisciplinaria de salud disponible para que la atención no sea sólo centrada en la enfermera y el médico.
- Se recomienda realizar estudios posteriores acerca de la satisfacción usuaria con respecto a la atención brindada a través del programa de CP.
- Se recomienda rigurosidad en la aplicación de la Escala de Performance Status al momento de ingresar a los pacientes al Programa de CP.
- Se sugiere capacitar a los cuidadores principales en la aplicación de la escala Eva.

Capítulo VI: Bibliografía

BIBLIOGRAFIA

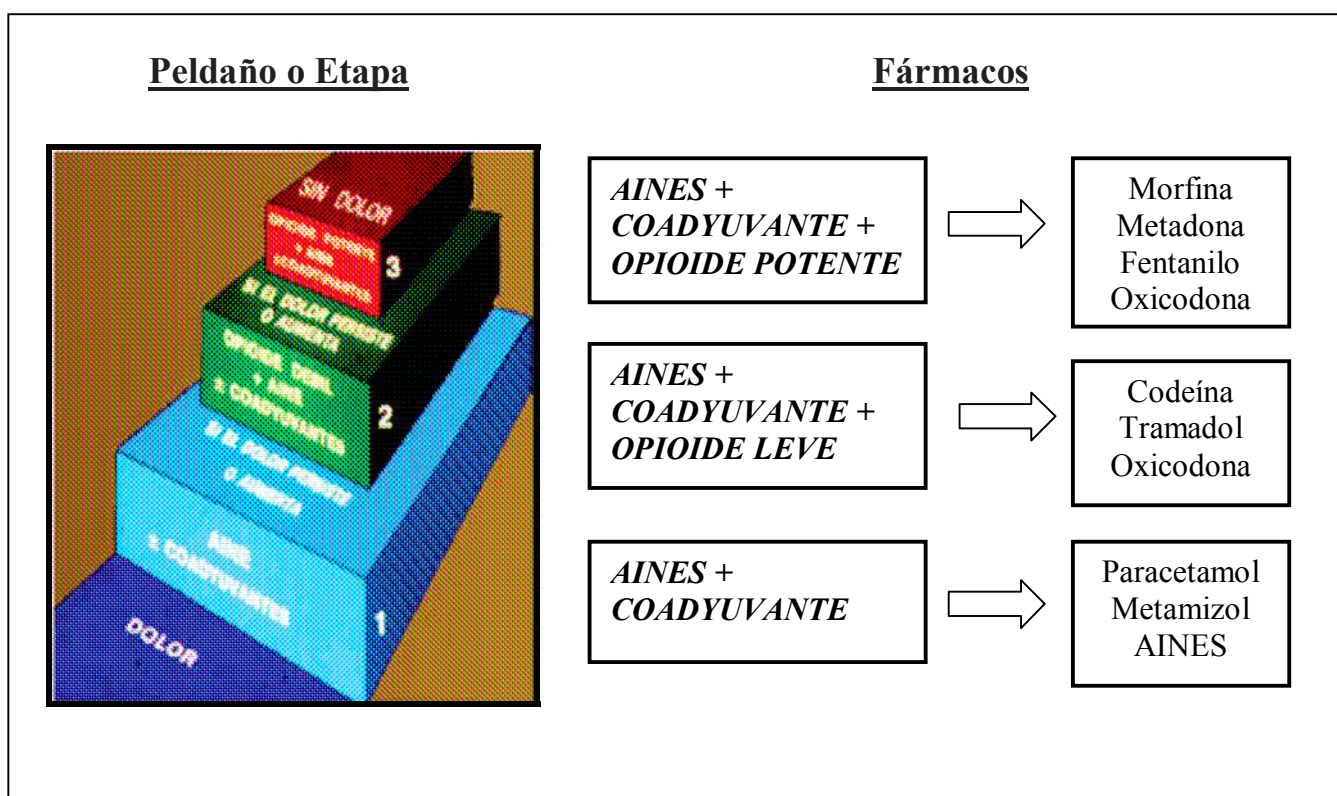
1. DR. GONZALO VALDIVIA CABRERA, instructor departamento de salud pública, DR. GABRIEL BASTÍAS SILVA becado departamento de salud pública. Epidemiología del Cáncer en Chile. (En línea) http://escuela.med.puc.cl/publicaciones/Boletin/html/Salud_Publica/1_11.html
2. Revista médica de Chile - Mortalidad por cáncer en Chile www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872001001000014&script=sci_arttext - 29k –revisada el 17/01/08
3. Marcos
Gómez Sancho, “Etiología y epidemiología del cáncer” en su Avance en cuidados paliativos 1 edición, GAFOS, España 2003, págs. 203 – 210.
4. Rol de la enfermera. En su: Norma de enfermería de cuidados paliativos y alivio del dolor. Ministerio de salud, Chile. Año 2001. Pág. 123- 127.
5. <http://www.redclinica.cl/publicaciones/volumen13-2/Medicinapaliativa.pdf>, revisado el 20 Octubre 2007
6. Eulalia López Imedio, “La atención domiciliaria en cuidados paliativos”, 1ª edición, España, Editorial Panamericana, 1998, cap.55, pag.377-382.
7. Rol de la enfermera. En su: Norma de enfermería de cuidados paliativos y alivio del dolor. Ministerio de salud, Chile. Año 2001. Pág. 134-135
8. M. D. Anderson. Generalidades : Importancia del Control del Dolor por Cáncer. (En línea)
9. <http://www.mywhatever.com/cifwriter/library/48/cpg2256.html>
10. Manejo No Farmacológico: Modalidades Físicas y Psicológicas : (En línea) <<http://www.mywhatever.com/cifwriter/library/48/cpg2256.html>
11. http://es.wikipedia.org/wiki/Antiinflamatorio_no_esteroideo, revisado el 15 de diciembre 2007
12. ALVAREZ GALLEGO, E; FERNANDEZ RIOS, L El síndrome de burnout o el desgaste profesional. Rev. Asoc Esp. Neurosiquiatria Vol XI nº 39.
13. LOPEZ RODRIGO, M. Estrés de los profesionales de enfermería sobre que o quien repercute?, Rol Nº 201. Año XVIII, mayo 1995

14. LOPEZ IMEDIO, E. Enfermería en cuidados paliativos. Panamericana, Madrid 1998.
15. JENKINS JF. Evaluation of buornout in Oncology Nurses. Cancer Nursing 9(3), 108-116.
16. ESPEJO ARIAS, MD Cuidados paliativos. Madrid 2002
17. Ministerio de salud, información para profesionales de la salud, cáncer, PROGRAMA NACIONAL DEL CÁNCER, http://www.minsal.cl/ici/S_1%5CU_14/programa%20nacional%20de%20cancer.pdf
18. Manual para el equipo de salud de atención primaria “*Como cuidar a la persona con cáncer avanzado en el nivel primario de atención*”, 1ª Edición, Enero 2005, Santiago Chile. Ministerio de Salud.
19. http://es.wikipedia.org/wiki/Escala_ECOG"
20. www.naturamedic.com/aromaterapia.htm

Capítulo VII: Anexos

ANEXO N°1

Escala Analgésica de la OMS



ANEXO N°2

1° PELDAÑO ADULTOS AINES

FARMACO	DOSIS ORAL (máxima y mínima)	EFECTOS	PRECAUCIONES	TENER PRESENTE
PARACETAMOL	500-1.000 mg c/6 hrs.	Potencia analgésica: similar al ácido acetilsalicílico.	Toxicidad hepática: dosis dependiente, habitualmente con dosis de 140mg/kg; en personas con alteraciones hepáticas. Desorientación, mareos, nefritis intersticial.	Rotar AINEs cada 7-10 días. Dosis equianalgesicas. Utilizar antagonistas de los receptores H2 Ranitidina 300 mg/día Inhibidores Omeprazol 20 mg. También deben rotarse cada 15 días. Monitorear permanentemente efectos adversos.
METAMIZOL	300-600 mg c/6 hrs.	Por su actividad espasmolítica es muy útil en los dolores viscerales.	Hepatotoxicidad. Rara vez anemia hemolítica, agranulocitosis. Preguntar sobre alergia específica al principio activo.	
IBUPROFENO	Desde 400 mg c/8 hrs a 1.200 mg c/8-6 hrs	Alteración gastrointestinal, Alteración renal.	Preguntar sobre alergia específica al principio activo. Con precaución en personas con tratamiento anticoagulante. Precaución con uso concomitante de diuréticos. En uso crónico o compromiso de la función renal.	
NAPROXENO	250-500 mg c/8 hrs	Mínimas alteraciones gástricas y renales.	En uso crónico, compromiso de la función hepática.	
NIMESULIDE	100 mg c/12 hrs	Leve alteración gastrointestinal y renal.	Pudiera servir para personas con antecedentes de trastornos digestivos, úlceras. No está demostrada esta actividad protectora.	
ASPIRINA (mal tolerada por las personas)	500 mg c/6 hrs	Potencia la acción analgésica de los opioides en el dolor moderado e intenso.	Gastrointestinales: dispepsia, pirosis, úlcera gastroduodenal, hemorragia y perforación renal, insuficiencia renal, nefritis intersticial, síndrome nefrótico, necrosis papilar. Pulmonares: broncoespasmo. Hematológicos: discrasias sanguíneas. Reacciones de hipersensibilidad: shock anafiláctico, urticaria.	
DICLOFENACO SODICO	50 mg c/8 hrs. 75 mg c/12 hrs.	Alteración gastrointestinal. Analgésico antiinflamatorio.	Leve alteración gastrointestinal y renal.	

2° PELDAÑO ADULTOS OPIOIDES DÉBILES SE PUEDEN ASOCIAR CON AINES Y OTROS COADYUVANTES

FARMACO	DOSIS ORAL (máxima y mínima)	EFECTOS COLATERALES	TENER PRESENTE
CODEINA* 5%	15-30-60 mg c/4 hrs. PO	Náuseas, vómitos, somnolencia, constipación. Estreñimiento es el más frecuente. Náuseas y vómitos en dosis elevadas. Somnolencia se presenta con dosis altas.	Recomendar líquidos abundantes y alimentación con fibras abundantes.
TRAMADOL	50-100 mg., hasta 400 mg c/6 hrs. PO. C/8-12 hrs., oral, de liberación sostenida. PO	Potencia analgésica: Ligeramente superior a la de la codeína (100 mg equivalen a 120 mg de codeína). Estreñimiento menos frecuente que la codeína, prevenir con vaselina líquida. El resto de efectos secundarios son similares a los de la Codeína.	Usar siempre acompañada de un laxante, por ejemplo vaselina líquida.
OXICODONA CLORHIDRATO	10-20-40 mg c/12 hrs., oral, de acción controlada.	Menos náuseas, vómitos, somnolencia, constipación. No fraccionar.	Prevenir náuseas con Metoclopramida.

3° PELDAÑO ADULTOS OPIOIDES FUERTES SE PUEDE ASOCIAR CON AINEs Y OTROS COADYUVANTES

FARMACO	DOSIS ORAL (máxima y mínima)	EFFECTOS COLATERALES	TENER PRESENTE
OXICODONA CLORHIDRATO	10-20-40 mg, c/12 hrs., oral, de acción controlada.	No fraccionar. Menos náuseas, vómitos, somnolencia, estreñimiento.	Recomendar líquidos abundantes y alimentación con fibras abundantes. Usar siempre acompañada de un laxante, por ejemplo vaselina líquida. Prevenir con metoclopramida.
MORFINA	Oral* 10-30 mg, c/4-6 hrs Parenteral 5-10 mg c/4-6 hrs. Liberación sostenida 30-60 mg c/8-12 hrs.	Somnolencia, sudoración, prurito, constipación, náuseas, vómitos.	Para discontinuar en uso prolongado, bajar dosis en forma gradual. Recomendar líquidos abundantes y alimentación con fibras abundantes. Usar siempre acompañada de un laxante, por ejemplo vaselina líquida. Prevenir con metoclopramida.
METADONA	5-10 mg, oral, c/8-12 hrs., ó parenteral.	Somnolencia, sudoración, constipación, náuseas, vómitos.	Muy recomendable en dolor neuropático. Recomendar líquidos abundantes y alimentación con fibras abundantes. Usar siempre acompañada de un laxante, por ejemplo vaselina líquida. Prevenir con metoclopramida.
FENTANILO	1 c/72 hrs., parche transdérmico.	No fraccionar. No tiene techo analgésico. Leve sensación nauseosa, prurito, vigilia prolongada. Utilizar con precaución en: ancianos, caquécticos o febriles.	Potencia analgésica, cerca de 80 veces mayor que la morfina. Recomendar líquidos abundantes y alimentación con fibras abundantes. Usar siempre acompañada de un laxante, por ejemplo vaselina líquida. Prevenir náuseas con metoclopramida.

CONTROL DE SINTOMA EN ADULTOS

EFFECTOS COLATERALES	PREVALENCIA %	PREVENCIÓN Y CONTROL NO FARMACOLÓGICO	TRATAMIENTO	TENER PRESENTE
Náuseas, vómitos	80	Alimentación e hidratación fraccionada y frecuente.	Metoclopramida 10 mg CMP, gotas; 40 minutos antes del desayuno, almuerzo y comida. Haloperidol 1-5 mg oral CMP, gota, cada 12 horas.	Estos son denominados efectos "clásicos".
Estreñimiento	80	Líquidos abundantes y abundantes fibras.	Vaselina/lactulosa 2 cucharadas soperas antes del desayuno, 1 cucharada antes de la once.	
Somnolencia	50	Líquidos abundantes. Acompañar a la persona enferma.	Ajustar dosis opioides.	
Mareos, prurito	20-30	Líquidos abundantes. Higiene corporal y ropa de algodón. Acompañar a la persona enferma.	Clorfenamina ½ CMP al desayuno y antes de dormir c/12 horas.	
Depresión respiratoria	< 10	Monitoreo continuo.	Ajustar dosis opioides Naloxona 0,04 mg, debe estar presente en el stock de la UPAD y CP.	

ANEXO N°3

Programa Nacional de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor por Cáncer

El Programa Nacional de Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos, proporciona el conjunto de cuidados y tratamientos durante el proceso de atención del Programa: ingreso, evaluación, educación, tratamiento, control y seguimiento) a las personas de cualquier edad y de ambos sexos, derivadas por el especialista del nivel de atención secundaria o terciaria por diagnóstico de cáncer en etapa terminal.

Procura contribuir a:

Mejorar la calidad de vida del paciente con cáncer terminal y apoyar también a su familia.

Plantea para ello:

- Aliviar el dolor y controlar los síntomas molestos derivados de la condición del paciente, del tratamiento administrado, o de la avanzada enfermedad cancerosa.
- Continuar con los cuidados en el hogar del paciente cuando éste se encuentra postrado a través de su propia familia y con el apoyo del equipo de salud.
- Preparar, apoyar y educar a la familia para que, juntos con el equipo de salud, cuiden del paciente en su propio hogar.

Proceso de Atención:

La atención se inicia con el ingreso del paciente a la Unidad o Centro de cuidados Paliativos, derivado por especialistas del nivel secundario o terciario con diagnóstico confirmado de cáncer en etapa terminal o avanzada, objetivada con antecedentes clínicos, de laboratorio e imágenes, con consentimiento informado del paciente y su familia y con indicación de tratamiento a la Unidad de Alivio del Dolor por cáncer y Cuidados Paliativos ubicada generalmente en el establecimiento de mayor complejidad ambulatoria.

Los centros o unidades del Dolor por cáncer y Cuidados paliativos oficiales, disponen al menos de horas personal especialista conformado por un equipo de salud

básico médico, enfermera, químico farmacéutico capacitado y técnico de enfermería. Es también indispensable considerar el destino a otras horas profesionales, para los cuidados del nutricionista, asistente social, psicólogos, terapeutas. El ideal es un equipo interdisciplinario. Varios centros disponen también de apoyo espiritual.

También en la mayoría se puede solicitar según lo manifieste el propio paciente la asistencia religiosa por representantes de diferentes credos. Es aconsejable la constitución y capacitación de grupos de voluntarios. Las unidades oficiales, deben disponer de planta física identificable, con instalaciones y equipos en condiciones de atender a las personas con cáncer avanzado y resolver las eventuales urgencias.

La atención de los pacientes con enfermedad estable se puede realizar en el nivel primario de atención (APS), los pacientes con enfermedad (dolor por cáncer y otros síntomas) inestable en el nivel secundario (ASS) y los enfermos con enfermedad y particularmente dolor refractario, en el nivel terciario (ATS). La derivación entre niveles de atención, se realiza siempre por decisión médica. La atención en los centros o unidades de Alivio del Dolor por cáncer y Cuidados Paliativos es por derivación, no por consulta espontánea.

Población objetivo:

Beneficiarios de ambos sexos; toda edad, derivado por diagnóstico de cáncer terminal / avanzado confirmado por especialista de nivel secundario o terciario.

Red de centros públicos:

Programa Nacional de Alivio del Dolor por cáncer y Cuidados Paliativos en total 41 Centros o Unidades de Cuidados Paliativos, 28 para adultos y 13 para niños. En cada Servicio de Salud la Unidad de Cuidados Paliativos, se ubica en el establecimiento de mayor complejidad ambulatoria. Al interior de cada Servicio de Salud funciona la red asistencial intraservicio con otras unidades de cuidados paliativos de su dependencia.

ANEXO N°4

**UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
CARRERA DE ENFERMERIA**



Valparaíso, ____/____/____/

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO,.....
RUN.....
deseo participar voluntariamente en la investigación que se encuentran realizando los seminaristas de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, que abordan el tema: **CUIDADOS DOMICILIARIOS PARA EL ALIVIO DEL DOLOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS**, y declaro estar en pleno conocimiento y haber comprendido a cabalidad el fin de este estudio, aceptando que toda la información otorgada por mi, será estrictamente confidencial y anónima.

Como entrevistado tengo derecho a retirarme sin ningún tipo de perjuicio o daño moral durante cualquier momento del estudio o entrevista, sin tener que dar ningún tipo de explicación.

FIRMA

ANEXO N°5



INSTRUCTIVO

“Cuidados domiciliarios para el alivio del dolor que otorga el cuidador principal a pacientes oncológicos en etapa Terminal bajo control en las Unidades de Cuidados Paliativos de los Hospitales Gustavo Fricke y Carlos Van Burén a Octubre, 2007.”

La siguiente encuesta tiene como objetivo conocer cuidados domiciliarios para el alivio del dolor que otorga el cuidador principal a pacientes oncológicos en etapa Terminal bajo control en dos centros de salud de atención secundaria pertenecientes a la quinta región.

- ❖ Marque con una **X** sobre la letra y/o casillero que contenga la alternativa que se acerque más a su respuesta.
- ❖ En las preguntas en las cuales se solicita información específica, responda con letra clara.
- ❖ El encuestador aplicara el instrumento de recolección de datos al cuidador principal, previamente concertando una cita con Ud.

Al comienzo de la entrevista, se aclararan todos los detalles de cada pregunta

ANEXO N°6

N°-----

INSTRUMENTO

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Escala Performance Status: _____

“Cuidados Paliativos Oncológicos”

El presente cuestionario ha sido elaborado para conocer los cuidados domiciliarios para el alivio del dolor entregados por el cuidador principal al paciente oncológico en etapa terminal.

El cuestionario consta de 36 preguntas con respuestas cerradas dicotómicas y de selección múltiple, distribuidas en dos secciones:

Sección I: Antecedentes generales del cuidador principal.

Sección II: Cuidados domiciliarios para el alivio del dolor.

Sección I: Antecedentes generales del cuidador principal

1.- ¿Cuál es su edad?

- a) De 18 a 30
- b) De 31 a 40
- c) De 41 a 50
- d) De 51 a 60
- e) Más de 60

2.- ¿Cuál es su escolaridad?:

- a) Básica.
- b) Media.
- c) Técnico.
- e) Superior.

Completo

Incompleto

3.- ¿Qué relación tiene usted con la persona que cuida?

- a) Cónyuge
- b) Hija/o
- c) Otro familiar
- d) Amigo/a
- e) Otro Cuál_____

Sección II: Cuidados domiciliarios para el alivio del dolor

A) En relación a la Evaluación del dolor: (“A continuación le realizaré preguntas para saber cómo evalúa el dolor de la persona que usted cuida”)

4.- Indique cuánto dolor o la cantidad de dolor que tiene la persona que Ud. cuida:

- a) Leve
- b) Moderado
- c) Severo

5.- ¿Cómo mide usted el dolor de su paciente a cargo?

- a) Aplicando la escala de evaluación del dolor conocida como EVA.
- b) Observando su rostro o gestos.
- c) Observando la postura que adopta.
- d) Observando la conducta.
- e) Interpretación propia.
- f) No lo mide.

Si No

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.- ¿Tiene un sistema de registro escrito de las evaluaciones de dolor?

- a) Si.
- b) No.

7.- ¿Con qué frecuencia evalúa o mide el dolor?

- a) Rara vez
- b) 1 o 2 veces al día
- c) 3 veces al día
- d) Más de 3 veces al día

B) En relación a la Administración de Fármacos para el Dolor: (“A continuación le realizaré preguntas que tienen que ver con la administración de medicamentos de la persona que usted cuida”)

8.- ¿Conoce Ud. Los medicamentos para el dolor que tiene indicado la persona que cuida?

- a) Si.
- b) No (Pasar a la pregunta 11)

9.- ¿Cuál es el nombre del medicamento que tiene indicado su paciente para el dolor?

Indicado	Alternativas
Paracetamol	Ibuprofeno
Metamizol	Piroxicam
	Naproxeno
	Nimesulide

	Aspirina	
Codeína	Tramadol	
Morfina	Fentanilo	
Metadona		
Otro		

10.- ¿Cual es la vía de administración?

- a) Oral
- b) Subcutánea
- c) Intramuscular
- d) Desconoce

11.- ¿Conoce Ud. El horario del medicamento indicado para el dolor? Si su respuesta es Si, indique el horario.

- a) Si.
 - b) No.
- Horario _____

12.- ¿Qué precauciones aplica Ud. Al administrar los medicamento para el alivio del dolor?

- | | Si | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) Se lava las manos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Se asegura de que el medicamento sea el que corresponde administrar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Se asegura de que el horario sea el indicado por el médico. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

13.- ¿En qué situaciones administra los medicamentos para el alivio del dolor?

- | | Si | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) Según horario indicado por el médico. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Cada vez que el paciente siente dolor. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Cuando otra persona se lo dice. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Cuando usted cree que tiene dolor. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

14.- ¿Cuántas veces al día administra el o los medicamentos para el alivio del dolor?

- a) N° veces indicado por médico.
- b) Menos del N° veces indicado por el médico.
- c) Más del N° de veces indicado por el médico.
- d) No se los administra.

15.- ¿Registra la fecha y hora de la administración del medicamento?

- a) Siempre.
- b) Ocasionalmente.
- c) Nunca.

C) En relación a los Cuidados físicos para el alivio del dolor: (“A continuación le realizaré preguntas que tienen que ver con las medidas físicas para aliviar el dolor de la persona que usted cuida”)

16.- ¿Qué medidas físicas aplica usted para aliviar el dolor?

	Si	No
a) Calor local.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Hielo local.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Masajes corporales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Aromaterapia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ninguna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17.- ¿La persona que Ud. Cuida requiere ayuda para moverse?

- a) Si
- b) No (Si su respuesta es no pasar a pregunta 19)

18.- ¿Le ayuda a realizar algún tipo de ejercicio?

- a) Si.
- b) No.

19.- ¿De que manera permanece la mayor parte del día la persona que Ud. Cuida?

- a) Sentado
- b) Acostado
- c) Deambula (pasar a pregunta 21)

20.- ¿Cambia de posición a la persona que usted cuida?

- a) Si. Horario _____
- b) No.
- c) No lo requiere.

D) En relación al apoyo emocional para el alivio del dolor: (“A continuación le voy a preguntar sobre los aspectos emocionales del paciente”)

21.- El paciente que usted cuida ¿Conoce su diagnóstico?

- a) Si.
- b) No.

22.- ¿Usted motiva al paciente para que diga lo que siente en relación a su enfermedad?

- a) Si.
- b) No.
- c) Algunas veces.

23.- ¿Cómo demuestra sus sentimientos afectivos a la persona que cuida?

- | | Si | No |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Acompañarlo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Mirarlo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Caricias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Gestos amables | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Darle en el gusto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Evitar discusiones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Conversándole | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Otro / s. Cuál / es _____ | | |

24.- ¿Promueve usted que acompañen o visiten otras personas o familiares al paciente?

- a) Si.
- b) No.

E) En relación a apoyo espiritual para el alivio del dolor:

25.- ¿Usted conoce la religión o credo que profesa el paciente que usted cuida?

- a) Si.
- b) No.

26.- ¿A que actividades religiosas usted incentiva a su paciente para que participe?

- | | Si | No |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Oración individual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Oración grupal. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Cadena de Oración. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Manda o encomendarse a la fe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Otras. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Ninguna. | | |

27.- Usted ¿Acompaña a su paciente a ceremonias religiosas?

- a) Si.
- b) No.
- c) No se puede realizar por condición del paciente.

28.- ¿Facilita la visita de sacerdotes u otro representante de la religión o credo que profesa su paciente?

- a) Si.
- b) No.

F) En relación al Manejo del Ambiente Estático y Dinámico para el alivio del dolor: (*“A continuación le voy a preguntar sobre el ambiente dinámico y estático para el alivio del dolor del paciente que usted cuida”*)

29.- ¿Mantiene usted el orden y aseo de la habitación de la persona que usted cuida?

- a) Siempre
- b) Ocasionalmente.
- c) Rara vez.
- d) Nunca.

30. ¿Trata de mantener una temperatura adecuada en la habitación de la persona que usted cuida?

- a) Siempre
- b) Ocasionalmente.
- c) Rara vez.
- d) Nunca.

31. ¿Se preocupa de mantener iluminada la habitación de la persona que usted cuida?

- a) Siempre
- b) Ocasionalmente.
- c) Rara vez.
- d) Nunca.

32.- ¿Mantiene usted ventilada la habitación de la persona que cuida?

- a) Siempre
- b) Ocasionalmente.
- c) Rara vez.
- d) Nunca.

33.- La cama de la persona que usted cuida ¿cuenta con colchón antiescaras?

- a) Si.
- b) No.
- c) No lo requiere.

34.- ¿Mantiene cómoda y confortable la cama de la persona que usted cuida?

- a) Siempre
- b) Ocasionalmente.
- c) Rara vez.
- d) Nunca.

35.- En relación a la vestimenta de la persona que usted cuida ¿De qué aspectos se preocupa?

- | | Si | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) Higiene. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Adecuada a la temperatura ambiental. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Gustos personales del paciente. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

36.- ¿Proporciona actividades recreativas para el paciente que cuida?

- | | Si | No |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Música preferida. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Lecturas agradables. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Conversaciones positivas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Paseos cortos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Juegos de salón. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Otra. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) No lo hace. | | |

