



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
*La Universidad Católica de Loja*

**TITULACIÓN DE MÉDICO**

**“Análisis de signos y síntomas comunes en los pacientes con diagnóstico oncológico con enfermedad avanzada y/o en etapa terminal ingresados en el Hospital de SOLCA en la ciudad de Loja durante el periodo julio-diciembre 2010”**

Trabajo de fin de titulación.

**AUTORES:** Santiago Andrés Guzmán García  
Andrea Del Cisne Luna Herrera

**DIRECTOR:** Dra. Viviana del Carmen Dávalos Batallas

**LOJA-ECUADOR**  
**2012**

## CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN

Dra. Viviana Del Carmen Dávalos Batallas  
DOCENTE INVESTIGADOR DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA UTPL

Director(a) de tesis

Certifica:

Que el presente trabajo de investigación titulado **“ANÁLISIS DE SIGNOS Y SINTOMAS COMUNES EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO CON ENFERMEDAD AVANZADA Y/O EN ETAPA TERMINAL INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE SOLCA EN LA CIUDAD DE LOJA DURANTE EL PERÍODO JULIO-DICIEMBRE 2010”**, realizado por los estudiantes Santiago Andrés Guzmán García y Andrea del Cisne Luna Herrera ha sido supervisado y revisado el mismo que se ajusta al método científico y las normas establecidas por la Escuela de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja, por lo que autorizo su presentación, publicación y defensa.

Loja, 17 de Septiembre del 2012

Dra. ....

Director(a) de tesis

## AUTORÍA

Todos los criterios, opiniones, afirmaciones, resultados, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones y todos los demás aspectos vertidos en el presente trabajo son de absoluta responsabilidad de su autor(a).

Loja, 17 de Septiembre del 2012.

.....  
**Autor**

.....  
**Directora de la tesis**

.....  
**Autor**

## ACTA DE DECLARACIÓN Y CESIÓN DE DERECHOS

Nosotros, Santiago Andrés Guzmán García y Andrea Del Cisne Luna Herrera declaro ser autor del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del artículo 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigadores, trabajos científicos o técnicos o tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad".

.....  
**Autor**

.....  
**Directora de la tesis**

.....  
**Autor**

## DEDICATORIA

*A Dios, por ser la luz que nos guía  
en nuestro camino, y quien puso en  
nosotros la vocación de esta noble  
carrera, a todos nuestros familiares  
por su apoyo y ser el pilar  
fundamental en nuestra formación.*

Los Autores

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos inicial y sinceramente a la Universidad Técnica Particular de Loja, a la Escuela de Medicina, por habernos dado la oportunidad de crecer y formarnos profesionalmente. A la Dra. Viviana del Carmen Dávalos, Directora de nuestra Tesis, por sus invaluable orientaciones y contribuciones. A los docentes de la Escuela, por su gran apoyo profesional y personal. Así como a los pacientes, personal; directivo, médico y administrativo del Hospital Sociedad de Lucha Contra El Cáncer Solca Núcleo de Loja (SOLCA), que colaboraron para poder realizar la presente investigación. De una manera muy especial al Dr. José Molina Manzano por su apertura para la realización de esta investigación en la institución que tan acertadamente dirige.

El trabajo de esta tesis difícilmente puede ser el resultado del esfuerzo personal aislado del personal que luchó para su realización. Fue necesaria la colaboración de muchas personas tanto en el ámbito profesional como personal para que pueda llevarse a cabo

**LOS AUTORES**

## INDICE DE CONTENIDOS

Contenidos	Páginas
Portada	I
Carátula	II
Certificación de aprobación del director	III
Autoría	IV
Dedicatoria	V
Agradecimiento	VI
Contrato de cesión de derecho de tesis	VII
Índice de contenidos	VIII
Resumen	8
Introducción	9
Objetivos	
1. Objetivo General	11
2. Objetivos Específicos	11
3. Marco Teórico Institucional	12
4. Marco Teórico Conceptual	
4.1 Capítulo 1	13
Paciente oncológico con enfermedad avanzada y terminal	14
4.2 Capítulo 2	
4.2.1 Signos y síntomas más comunes en el paciente oncológico	16
4.2.1.1 Principios Generales	16
4.2.1.2 Descripción de los síntomas más comunes en pacientes con enfermedad terminal y diagnóstico oncológico	18
a. Dolor.....	19
b. Caquexia, astenia y anorexia.....	19
c. Delirium.....	20
d. Depresión y ansiedad.....	24
e. Disnea.....	24
f. Náusea y vómito.....	25
g. Constipación.....	26
h. Diarrea	26
i. Retención urinaria e incontinencia de orina	27
4.2.2. Principios generales del tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedad terminal y diagnóstico oncológico	27
4.2.3. Tratamiento específico en el control de los síntomas	2
4.3 Capítulo 3	29
4.3.1. Guía de manejo de los principales síntomas según el presente estudio	30
5 Metodología	79
6 Resultados	82
7 Discusión.....	104
8 Conclusiones y Recomendaciones	107
9 Bibliografía	109
10 Anexos	124

## RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo con enfoque cuantitativo y diseño transversal cuyos objetivos fueron determinar en pacientes oncológicos en etapa terminal y con enfermedad avanzada los signos y síntomas más comunes, así como el manejo clínico que se le da, y elaborar una guía de manejo de los mismos. La información fue recogida de las historias clínicas y de los pacientes hospitalizados. El universo incluyó 105 pacientes con diagnóstico oncológico con enfermedad avanzada y/o terminal hospitalizados durante julio-agosto del 2010. De éstos el 61.9% sexo femenino y 38.1% masculinos, Los principales signos fueron: pérdida de peso 20%, masa palpable 17.1%, piel y conjuntivas pálidas 11.4 %, adenopatías 8.6%, caquexia 6.7%. Los principales síntomas fueron dolor 76.19%,( tratado en el 31.25% con tramal, 21,25% con morfina, el 20% con acetaminofén y metamizol respectivamente) malestar general 21.90%, astenia y anorexia 17.14%(sin tratamiento), vómito 15.24%,(metoclopramida y ondansetrón en un 73.2% palonosetrón y granisetrón fueron utilizados en 12,2 y 14.6 % respectivamente). Se elaboró una guía de manejo que pretende contribuir a un mejor control de la sintomatología en este tipo de pacientes.

### Abstract

We conducted a descriptive study with cross-sectional quantitative approach and whose objectives were to determine in end-stage cancer patients with advanced disease and the most common signs and symptoms and clinical management that is given, and develop a management guide thereof. Data were collected from medical records and hospital patients. The universe included 105 cancer patients diagnosed with advanced disease and / or terminal hospitalized during July-August 2010. Of these, 61.9% female and 38.1% male, The main signs were weight loss 20%, 17.1% palpable mass, pale skin and conjunctivae 11.4%, 8.6% lymphadenopathy, cachexia 6.7%. The main symptoms were pain 76.19% (31.25% in treated with Tramal, 21.25% with morphine, 20% respectively with acetaminophen and metamizol) 21.90% malaise, anorexia, asthenia and 17.14% (untreated), vomiting 15.24 %, (metoclopramide and ondansetron in a palonosetron and granisetron 73.2% were used at 12.2 and 14.6% respectively). Developed a management guide that aims to contribute to a better control of symptoms in these patients



# 1. INTRODUCCIÓN

El cáncer constituye hoy un verdadero problema de salud pública, cuya incidencia va en franco aumento. Cada año aproximadamente 9 millones de personas enferman de cáncer en el mundo y un 70% de ellos fallecen por la enfermedad. Por otra parte, dos tercios de los casos ocurren en los países en vías de desarrollo, que sólo cuentan con el 5% de los recursos totales para el control del cáncer.

América Latina y el Caribe no escapan a esta situación, se estima que en los próximos años cerca de 1 millón de personas necesitarán cuidados paliativos en la región. La mayoría de los pacientes oncológicos, en nuestros países, fallecen en condiciones deplorables: sin la analgesia adecuada y sin los cuidados que la situación de una enfermedad terminal requiere (Bruera E., et al. 2005).

Es por esto que surge la iniciativa de reconocer los signos y síntomas más frecuentes y plantear la terapia más eficaz que permita al paciente, disminuir su intensidad de los síntomas y signos, además de procurarle principalmente una buena calidad de vida.

Es frente a esta situación que ya hace más de treinta años surge el Movimiento Hospice primero y los cuidados paliativos después. Así la OMS ha tomado estas iniciativas como propias y propone difundir los cuidados paliativos a nivel mundial. Los define de la siguiente manera: “Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad avanzada y progresiva donde el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psicosociales y espirituales cobran la mayor importancia”.

El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La Medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal. Los cuidados paliativos no adelantan ni retrasan la muerte sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia” (Bruera E., et al. 2005).

El movimiento paliativo moderno se generalizó a partir de 1990, cuando la OMS adoptó la definición de Cuidados Paliativos.

Consideran que la fase final puede ser un período útil no sólo para conseguir el alivio de las molestias del enfermo, reducir la sensación de amenaza que estas significan para su vida sino también para ayudarlo, si es posible, en su propia realización personal y en la satisfacción de otras necesidades (Astudillo W., et al. 2008).

De esta forma la frontera entre tratamiento curativo y paliativo se difumina en aras de dar una respuesta a las necesidades de cada paciente y cada familia. Así el modelo dicotómico, que divide de manera terminante el tratamiento curativo del tratamiento paliativo, queda sustituido por un modelo progresivo de atención que implica la atención desde estadios precoces de la enfermedad, además este modelo trata de hacer hincapié en la importancia de desarrollar una medicina más centrada en los problemas del paciente en todos los niveles de atención de las enfermedades potencialmente incurables (Salas T. et al. 2008).

Las investigaciones y los tratamientos de alta tecnología solo se utilizan cuando sus beneficios superan claramente las posibles cargas. La ciencia se utiliza al servicio del amor y no viceversa. La Medicina Paliativa es un intento por restablecer el rol tradicional de médicos y enfermeras: “curar a veces, aliviar frecuentemente, confortar siempre” (López R. et al. 2005).

Una vez analizado bibliográficamente en profundidad el tema propuesto y tomando en cuenta nuestra posición dentro de los países en vías de desarrollo con un alto índice de cáncer, con la presente investigación se pretende conocer cuáles son los signos y síntomas que con mayor frecuencia se presentan en los individuos con enfermedad oncológica terminal en los pacientes de SOLCA- Loja durante el espacio de tiempo comprendido entre julio y diciembre del 2010, lo cual permitirá brindar atención especializada en cuidados paliativos, con el objetivo de mejorar su calidad de vida tomando en cuenta que en esta etapa de la enfermedad el tratamiento terapéutico curativo ya no surte ningún efecto en la mejoría los pacientes.

Finalmente, el presente trabajo investigativo, pretende aportar con importantes datos a un proyecto de creación de una unidad de cuidados paliativos a través de la Universidad Técnica Particular de Loja , que en un futuro podrá brindar

atención multidisciplinaria a este tipo de pacientes, y a su entorno familiar y social.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo General**

Determinar los signos y síntomas más comunes en los pacientes con diagnóstico oncológico en etapa terminal y con enfermedad avanzada mediante la revisión de historias clínicas, entrevistas a pacientes con la finalidad de aportar con los resultados de esta investigación a un proyecto de creación de una unidad de cuidados paliativos en la UTPL.

### **2.2. Objetivos Específicos**

- Determinar en pacientes oncológicos en etapa terminal y con enfermedad avanzada los signos y síntomas más comunes, según sexo y edad.
  
- Identificar el manejo clínico que se da a los principales síntomas que se presentan en la enfermedad oncológica avanzada y en etapa terminal.
  
- Elaborar una guía de manejo para los principales signos y síntomas en pacientes oncológicos en etapa terminal, según la bibliografía revisada.

### **3. MARCO INSTITUCIONAL**

El estudio se realizó en el Hospital de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer-Loja. SOLCA, que es una Institución de derecho privado con finalidad de servicio público, creada con el propósito de efectuar la Campaña Nacional Contra el Cáncer en la República del Ecuador, con varios núcleos en distintas ciudades del Ecuador, cuenta en la ciudad de Loja con áreas de hospitalización, diagnóstico laboratorio e imagen, consulta externa, que trata de dar un excelente servicio a la sociedad lojana.

Los objetivos de SOLCA se cumplen mediante una campaña orientada a planes de enseñanza e investigación cancerológica a fin de alcanzar sus metas de: Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Paliación de las enfermedades neoplásicas, SOLCA desarrolla su campaña por medio de una estructura sanitaria representada por núcleos y comités de amigos, que le permite desarrollar su actividad en la mayor parte del país.

Por la naturaleza de atención de este centro de salud, es factible centrar nuestro estudio en los pacientes con diagnóstico oncológico que requieren de tratamiento y atención especializada, que les permita mejorar su calidad de vida en éstas circunstancias.

## 4. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

### 4.1. Capítulo 1

#### **Paciente oncológico con enfermedad avanzada y terminal**

El cáncer es una de las enfermedades que desde su inicio provoca frecuentemente muchos síntomas y signos estos se hacen cada vez más cambiantes y complejos según avanza la enfermedad. Muchos autores afirman que el enfermo con cáncer, sobre todo, en fases avanzada y terminal, es un enfermo plurisintomático y multicambiante.

Un estudio realizado por *Twycross*, demostró que los enfermos tenían entre 3 y 18 síntomas, con un promedio de 10 síntomas por enfermo. Diferentes investigadores coinciden en señalar que los síntomas más incidentes en estos enfermos son: dolor, estreñimiento, debilidad, insomnio, anorexia, boca seca, disnea, ansiedad, tos, náuseas y vómitos, depresión, confusión y problemas familiares.

Es fácil comprender la importancia que tiene el conocimiento de la incidencia de estos síntomas y las formas más adecuadas para su control, ya que éstos son los responsables del deterioro progresivo de la calidad de vida, tanto de los enfermos oncológicos o con enfermedad avanzada y terminal, como de sus familiares.

En la situación de enfermedad terminal ocurren una serie de características que de forma genérica permiten identificarla y definirla como una «enfermedad avanzada en fase evolutiva e irreversible que afecta a la autonomía y la calidad de vida (debido a síntoma, impacto emocional, pérdida de autonomía), con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida de alrededor de 6 meses, en un contexto de fragilidad progresiva»

Las consecuencias que se observarán determinan el grado de complejidad de la situación y la necesidad o no de intervención por parte de un equipo especializado y son las siguientes:

- Presencia de numerosos y diversos síntomas multifactoriales, cambiantes y a menudo intensos.

Un aspecto muy importante es la percepción por parte del enfermo de la intensidad, el significado y el impacto que le ocasionen, los síntomas, sobre su estilo de vida.

- Gran impacto emocional o sufrimiento sobre el enfermo, la familia y el equipo terapéutico, a menudo muy relacionado con la presencia de la muerte, ya sea explícita o no. Dicho impacto vendrá modulado en función de diversos factores, como grado de información y control de síntomas, la edad, la falta de soporte, la calidad de atención entre otras situaciones. Es uno de los elementos clave en el control de la situación de la enfermedad terminal.

El enfermo de cáncer avanzado es el paradigma de la situación de enfermedad terminal a partir de la cual se han desarrollado los cuidados paliativos. Ello es debido al conocimiento de su historia natural que permite precisar el momento evolutivo de la enfermedad en el que deja de ser objetivo razonable la curación del enfermo, para entrar en la fase de enfermedad avanzada y posteriormente terminal.

Según la SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) la enfermedad terminal se caracteriza por:

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de posibilidades de respuesta a tratamientos específicos.
- Numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no de la muerte.
- Pronóstico inferior a 6 meses.

Existe dificultad para establecer pronósticos de supervivencia, acertados, mas se lo da de una forma estadística, se tiene que tener claro que el paciente terminal tiene por definición una expectativa de vida corta y el objetivo debe ser un control efectivo de los síntomas mejorando en lo posible su calidad de vida.

Es importante diferenciar los pacientes terminales de aquellos que se encuentran en un estadio avanzado de su enfermedad, con pocas posibilidades de curación pero que son capaces de responder potencialmente a tratamientos específicos que no han sido aplicados y podrían aumentar la supervivencia y/o mejorar la calidad de vida si son eficaces.

Enfermedad metastásica avanzada no tiene porque ser sinónimo de enfermedad terminal.

Los pacientes con enfermedad terminal necesitan la atención de unidades especializadas en cuidados paliativos que son definidos por el Subcomité de Cuidados Paliativos del Programa de Europa contra el Cáncer como la “Atención total, activa y continuada de los pacientes y sus familiares por un equipo multiprofesional cuando la expectativa no es la curación. La meta fundamental es la calidad de vida del paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente y sus familiares. Si es necesario, el apoyo debe incluir el proceso del duelo”.



## **4.2. Capítulo 2**

### **4.2.1. Signos y síntomas más comunes en el paciente oncológico**

Los enfermos de cáncer avanzado y terminal presentan numerosos síntomas, cada uno de los cuales tiene un impacto negativo sobre su bienestar. El dolor es el síntoma más temido por el enfermo y su familia.

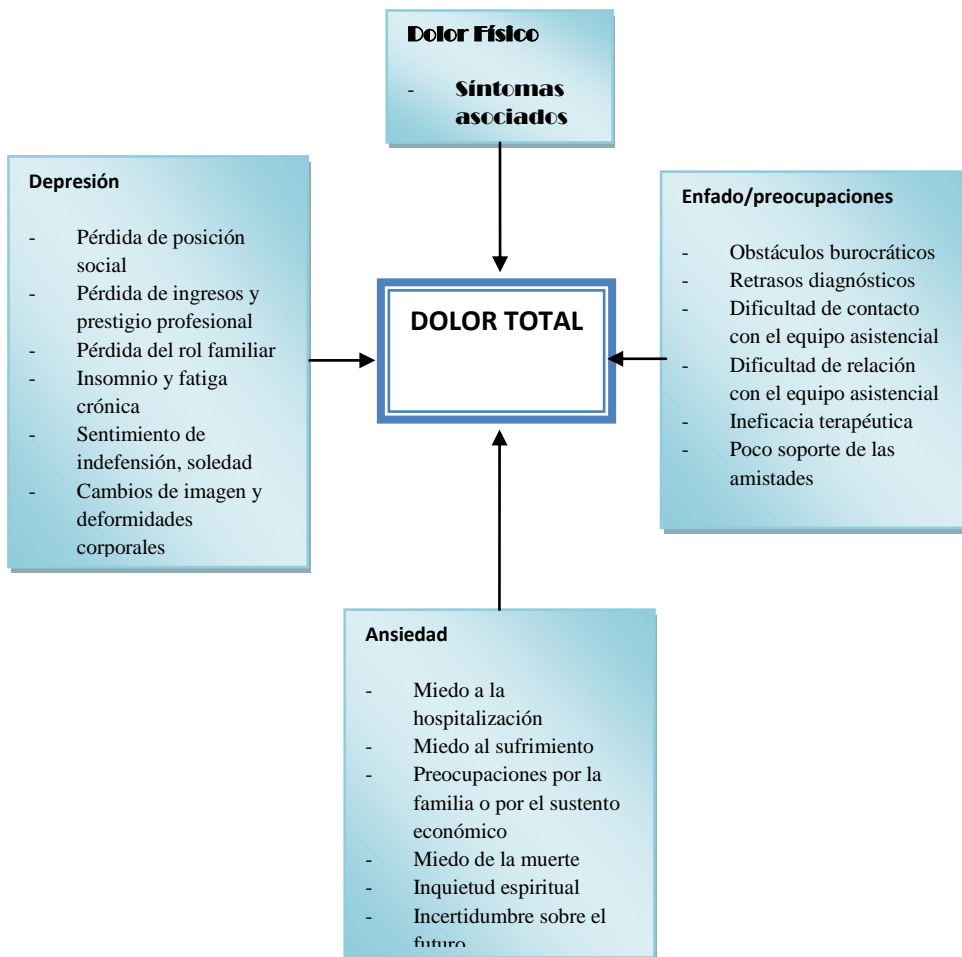
Otro síntoma a destacar son debilidad, ansiedad, pérdida de peso y anorexia, así como otros también frecuentes, que a menudo se olvidan, como sequedad de boca estreñimiento y alteraciones del sueño, que responden a medidas sencillas. Un aspecto clave es la percepción de los síntomas por parte del enfermo, basada en la intensidad, el grado de alivio, el significado y el impacto que ocasionan sobre su vida habitual. A pesar de que el control de síntomas es un instrumento básico en la asistencia de estos enfermos, no es el único a tener en cuenta para conseguir una atención integral.

#### **4.2.1.1. Principios Generales**

- *Múltiples*: en las diferentes series, la media de síntomas por paciente es ocho o nueve. Además, suelen aparecer en períodos cortos y desencadenarse a manera de «cascada». Su detección y registro es importante, así como su seguimiento posterior a través del «interrogatorio del bienestar».
- *Intensos*: a medida que avanza la enfermedad aumenta la intensidad de los síntomas, requiriéndose un alto grado de efectividad para controlarlos y, además, en períodos limitados.
- *Multifactoriales*: los síntomas se relacionan con causas distintas. Este es un aspecto básico para una estrategia terapéutica correcta, que ha de tener en cuenta los mecanismos fisiopatológicos de cada uno de ellos. Un mismo síntoma, como por ejemplo el vómito, puede ser debido a múltiples causas como obstrucción intestinal, metabólicas (urea, hipercalcemia), iatrogénicas (gastritis, morfina), metástasis hepáticas, etc.
- *Cambiantes*: aparecen nuevos síntomas cuyo impacto predomina sobre los anteriores o reaparecen aquellos que ya se habían controlado. Es

necesario revisar con frecuencia la situación y adaptar rápidamente la estrategia a los cambios.

Lógicamente, las percepciones de sufrimiento son mucho más amplias que la suma de dolor y otros síntomas físicos. Saunders describe el sufrimiento de las personas que mueren con cáncer utilizando el término de *dolor total* (fig.1), que engloba componentes muy diversos (físicos, emocionales, espirituales, financieros, miedos, etc.) que condicionan el impacto sobre el paciente y la respuesta terapéutica y obligan a una concepción terapéutica global.



**Figura 1.** Dolor Total (modificado de Saunders 1967). Atención primaria, concepto, organización y práctica clínica, 2007. Tomo II, 1756.ELSEVIER

Los p

de un

correcto abordaje y control serán:

- *Evaluar antes de tratar*, en el sentido de evitar atribuir los síntomas sólo al hecho de tener un cáncer y preguntarse el mecanismo fisiopatológico concreto (p. ej., disnea por infiltración del parénquima y/o derrame pleural y/o anemia, etc.). Además de la causa, se deben evaluar la intensidad, el impacto físico y emocional y los factores que provoquen o aumenten cada síntoma.
- *Considerar el trabajo en equipo multidisciplinario (equipo sanitario, trabajadora social, psicólogo, fisioterapeuta, anestesista, terapeuta ocupacional, asistente religioso...), como uno de los pilares básicos de los cuidados paliativos.*
- *Explicar*, las causas de estos síntomas en términos que el paciente pueda comprender, así como las estrategias terapéuticas que se deben aplicar. No se debe olvidar que el enfermo está preocupado y quiere saber porque tiene los síntomas.
- *La estrategia terapéutica a aplicar siempre será mixta*, general de la situación de enfermedad terminal y específica para cada síntoma, que comprende a su vez medidas farmacológicas y no farmacológicas; además deben fijarse los plazos para conseguir los objetivos y contemplar la prevención de nuevos síntomas o situaciones que puedan aparecer.
- *Monitorización* de los síntomas mediante el uso de instrumentos de medida estandarizados (escalas de puntuación o escalas analógicas) y esquemas de registros adecuados (esquema corporal del dolor, tablas de síntomas, etc.)
- *Atención a los detalles*. Para optimizar el grado de control de los síntomas y minimizar los efectos adversos de las medidas terapéuticas. La rigurosidad y la minuciosidad de la actuación tendrá un impacto evidente sobre el grado de bienestar de los pacientes.

#### **4.2.1.2. Descripción de los síntomas más comunes en pacientes con enfermedad terminal y diagnóstico oncológico**

Entre la gran variedad de síntomas que suelen presentar los enfermos oncológicos en etapa final de la vida los recogidos comúnmente por la literatura son:

#### **a. Dolor**

El dolor es una experiencia única, multidimensional y subjetiva. Estas características hacen difícil su evaluación, sin embargo, la valoración del dolor es indispensable para el éxito del tratamiento y debe efectuarse antes de iniciarlo (valoración inicial), durante el tratamiento (valoración continua) y tras la aparición de nuevos síntomas y signos (evaluación de síndromes dolorosos comunes en los pacientes con cáncer). La International Association for the Study of Pain (IASP) define al dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión real o potencial de los tejidos, cuya expresión es inherente a las características de cada persona.

Por tanto, el dolor es más que un síntoma físico, es un fenómeno somato-psíquico modulado por:

- El estado de ánimo del paciente.
- El significado del dolor para el paciente.

El dolor es uno de los síntomas más frecuentes en los pacientes en el final de la vida. Puede afectar hasta al 96% de los pacientes con cáncer.

Los pacientes pueden presentar dolor debido a su enfermedad (infiltración tumoral, lesiones nerviosas); como consecuencia de algunos tratamientos (cirugía, quimioterapia, técnicas diagnósticas), o relacionados con su situación de inmovilidad y debilidad general (dolores óseos, úlceras, herpes zóster, etc.). No hay que olvidar otras posibles causas de dolor no directamente relacionadas con la enfermedad del paciente (artrosis, artritis, fracturas, etc.).

### **b. Astenia- Caquexia-Anorexia**

Se entiende por astenia el estado que incluye cansancio ante mínimos esfuerzos, disminución de la capacidad funcional, sensación de debilidad definida como la sensación anticipada de incapacidad de iniciar cualquier actividad, disminución de la capacidad de concentración, alteración de la memoria y labilidad emocional.

La anorexia, definida como falta de apetito, y la pérdida de peso pueden acompañar a la astenia en estos pacientes.

La caquexia es el cuadro de desnutrición y pérdida de peso que puede asociarse a la astenia, sobre todo en la fase final del paciente.

Hasta el 80% de los pacientes oncológicos con enfermedad avanzada puede presentar astenia, caquexia, anorexia. debido a los cambios metabólicos que ocasionan tanto las sustancias secretadas por el tumor como la respuesta inmunológica al mismo.

### **c. Delirium**

Este cuadro, también conocido como estado confusional agudo o psicosis exógena, corresponde a un compromiso de conciencia cualitativo caracterizado por la distorsión de las funciones cognitivas, principalmente por un compromiso fluctuante de la atención que se puede acompañar de hiperactividad pero también puede ser hipoactivo. Es debido a una disfunción cerebral difusa. Clínicamente se caracteriza por la alteración simultánea de la atención, la percepción, el pensamiento, la memoria, la conducta psicomotora, la emoción y el ritmo sueño-vigilia.

El delirium es un problema frecuente en los pacientes con enfermedad terminal y diagnóstico oncológico; lo padece entre el 28% y el 83% de estos pacientes; varía según la población estudiada y los criterios diagnósticos utilizados, y es más frecuente en los pacientes con cáncer). Puede estar presente hasta en el 90% de los pacientes en los últimos días de vida y su aparición peor pronóstico.

---

#### CRITERIOS DSM-IV PARA EL DIAGNOSTICO DE DELIRIUM

**Alteración de la conciencia con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.**

**Cambio en las funciones cognitivas (memoria, orientación, lenguaje), o alteración perceptiva que no se explica por la existencia de demencia previa o en desarrollo**

**Tabla 1.** Síntomas más frecuentes en paciente con enfermedad terminal. Eusko J.). Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos 2008. 1era Edición. Pag 114. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO de ESPAÑA.

#### **d. Depresión y ansiedad**

Los síntomas depresivos son de difícil diagnóstico en el contexto del cuidado terminal ya que la patología de base con frecuencia determina la aparición de síntomas vegetativos como fatiga, sensación de debilidad, insomnio, falta de interés en las actividades habituales, disminución de la libido, falta de motivación, ideas de culpa.

y de concentración, todos ellos comunes en la depresión.

Los síntomas de ansiedad constituyen la forma más frecuente de sufrimiento psicológico en los pacientes terminales.

Los pacientes con enfermedad avanzada se ven obligados a afrontar varias agresiones psicológicas en poco tiempo: la mala noticia del diagnóstico de una enfermedad grave; la posibilidad de la muerte a corto plazo; la incertidumbre de cómo se desarrollará este proceso, los síntomas de la propia enfermedad; los efectos secundarios de los tratamientos, como alopecia, mutilaciones, etc. Aproximadamente la mitad de los pacientes consigue afrontar estas situaciones sin que sus reacciones psicológicas lleguen a cumplir criterios de enfermedad

mental. Sin embargo, la otra mitad desarrolla síntomas constitutivos de un trastorno mental depresivo.

La ansiedad es un estado de malestar caracterizado por la presencia de una serie de síntomas somáticos, conductuales, cognitivos y emocionales:

- Síntomas somáticos: tensión muscular, temblor, disnea, palpitaciones, inestabilidad, sudoración anormal, diarrea, polaquiuria, etc.
- Síntomas conductuales: irritabilidad, inquietud, etc.
- Síntomas cognitivos: pensamientos negativos, miedo o preocupación por el futuro.

La ansiedad puede manifestarse como un estado normal cuando es proporcional en intensidad y duración a la causa que la generó; incluso es un estado adaptativo, que permite ponerse en alerta y responder adecuadamente en circunstancias difíciles. Los trastornos de ansiedad se caracterizan por una intensidad o duración excesiva, hasta el punto de alterar significativamente la vida de la persona.

La ansiedad es frecuente en los pacientes con enfermedad terminal y diagnóstico oncológico. Pueden presentarla entre el 13% y 79% de los mismos según el tipo de enfermedad de base y el momento de la evolución.

Son factores de riesgo para desarrollar un trastorno de ansiedad durante el tratamiento paliativo los siguientes: haber sufrido previamente un trastorno de ansiedad, la presencia de ansiedad en el momento del diagnóstico del cáncer, el dolor intenso, la limitación funcional, la edad (más riesgo en jóvenes). En la tabla a continuación se encuentran los criterios DSM-IV, para el diagnóstico de ansiedad.

A) Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva).
B) Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
C) La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de seis meses).
Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:
1. inquietud o impaciencia
2. fatigabilidad fácil
3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
4. irritabilidad
5. tensión muscular
6. alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación de sueño no reparador al despertarse)
D) La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
E) Estas alteraciones no aparecen en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

**Tabla 2.** Control de síntomas de pacientes con enfermedad terminal. Eusko J.). Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos 2008. 1era Edición. Pag 123. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO de ESPAÑA

La depresión es hasta tres veces más frecuente en los enfermos en cuidados paliativos que en la población general. La tristeza y el ánimo deprimido son respuestas habituales en pacientes que se enfrentan a la muerte. Estas emociones pueden ser manifestaciones de un duelo anticipatorio debido a la pérdida de su propia vida, su salud, los seres queridos y la autonomía.

La depresión no es un estado normal en la fase final de la vida, sino una enfermedad que complica las ya existentes y que no se diagnostica ni se trata en la medida en que se debería.

El diagnóstico de la depresión en cuidados paliativos es especialmente problemático. Las manifestaciones de la enfermedad y de sus complicaciones y los efectos secundarios de la medicación pueden dificultar el diagnóstico.

En estos pacientes es importante distinguir el trastorno depresivo verdadero del duelo normal y del trastorno adaptativo con ánimo deprimido. La depresión en el paciente paliativo es importante porque empeora su calidad de vida y la de sus allegados, y porque es un factor de riesgo importante de suicidio y de petición de una muerte anticipada.

Los criterios DSM-IV para el diagnóstico de depresión son:



A) Presencia, durante un período de dos semanas, de cinco o más de los siguientes síntomas 7, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día, según indica el propio sujeto (se siente triste o vacío) u observan otros (llanto).
- Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
- Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
- Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
- Cansancio o pérdida de energía casi cada día.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
- Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B) Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C) Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D) Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej. después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional,

preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Esto puede contribuir, entre otras causas, a que muchos médicos no detecten la depresión de sus pacientes, por lo que se precisa monitorizar regularmente el estado emocional del paciente. Los criterios para el diagnóstico de depresión serán revisados en la guía de manejo de los síntomas. En el capítulo siguiente.

#### **e. Disnea**

Según la American Thoracic Society, la disnea se define como una experiencia subjetiva de molestia para respirar que consiste en sensaciones cualitativamente distintas que varían en intensidad. Para los pacientes, la disnea es tan difícil de sobrellevar como el dolor. Su prevalencia en pacientes con enfermedad terminal y diagnóstico oncológico es elevada; del 70% y 90%.

Es una de las situaciones que más angustia al enfermo y a la gente que le rodea.

Se caracteriza por aumento de la frecuencia respiratoria que disminuye la ventilación alveolar. La falta de aire provoca una gran ansiedad, aumentando la frecuencia respiratoria y cerrando un círculo vicioso (Astudillo W., et al. 2008).

La disnea se presenta en el 30-40% de todos los cánceres avanzados y terminales y en el 65-70% de los broncogénicos, en los que es el síntoma principal en la fase de enfermedad avanzada. La disnea puede aparecer en los últimos días o semanas de la evolución de diferentes enfermedades en el contexto de un fracaso multirgánico, comportándose entonces como factor de mal pronóstico a muy corto plazo (Sociedad Española de Cuidados Paliativos. 2006)

#### **f. Náuseas y vómito**

Muchos pacientes con enfermedades terminales sufren de náuseas y vómito, estimándose su prevalencia entre el 20% y el 70%. Siendo de etiología

multifactorial (por la enfermedad, por el tratamiento, por causas concurrentes), es importante determinar cuáles son los elementos que contribuyen a provocarla, para diseñar un mejor enfrentamiento.

El mecanismo implicado en la aparición de las náuseas y vómitos es complejo e implica los sistemas nervioso y gastrointestinal. Puede producirse por estimulación directa del centro del vómito (alteraciones metabólicas, opioides), hipertensión endocraneal (tumores primarios o metastáticos), alteraciones gastrointestinales y vestibulares, etc. Muchos de los tratamientos utilizados en cuidados paliativos, tienen como efectos secundarios náuseas y vómitos: analgésicos (AINE, opioides, etc), antidepresivos, neurolépticos, antibióticos y sobre todo la radioterapia y la quimioterapia. En muchas situaciones coexisten los dos mecanismos de acción. La quimioterapia puede ser un irritante de la mucosa digestiva y actuar directamente sobre el centro del vómito, por ejemplo.

Un caso particular es el de los pacientes que sufren vómitos anticipatorios producidos ante situaciones que les recuerdan su experiencia de aparición de vómitos o náuseas tras un primer ciclo de radioterapia o quimioterapia.

#### **g. Constipación**

La constipación es la evacuación de deposiciones más consistentes con menor frecuencia o con mayor dificultad de lo habitual. Puede dar origen a varios síntomas secundarios severos (pseudodiarrea, retención urinaria, dolor abdominal, obstrucción intestinal, náuseas y vómitos). Se debe a una disminución del peristaltismo intestinal, debido a trastornos metabólicos, disminución de la ingesta de comida.

El estreñimiento afecta a una amplia proporción de pacientes en CP. En los pacientes oncológicos puede llegar hasta el 65%. En los pacientes en cuidados paliativos que reciben opioides, el estreñimiento puede estar presente hasta en el 87% de los casos.

La constipación es la evacuación de deposiciones más consistentes con menor frecuencia o con mayor dificultad de lo habitual. Es habitual en los pacientes con enfermedades terminales (50-95%). Puede dar origen a varios síntomas

secundarios severos (pseudodiarrea, retención urinaria, dolor abdominal, obstrucción intestinal, náuseas y vómitos).

#### **h. Diarrea**

Es el aumento de la frecuencia acompañado de alteración de la consistencia de las deposiciones.

La diarrea es menos frecuente que el estreñimiento en cuidados paliativos, sobre todo en los de causa oncológica. En algunas series de casos se llega hasta el 30% de prevalencia.

Como en muchos de los síntomas digestivos, la etiología es multifactorial. En la tabla 4 se describen las posibles causas de diarrea en cuidados paliativos. Una de las causas más frecuentes es el uso de laxantes.

---

### **ETIOLOGIA DE LA DIARREA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS**

**Laxantes**

**Medicamentos antibióticos, AINE, antiácidos**

**Quimioterapia (sobre todo 5-fluorouracilo o irinotecan)**

**Radioterapia**

**Síndrome de malabsorción , secuelas de cirugía digestivas, carcinoma de páncreas**

**Tumores: digestivos y carcinoides**

**Gastroenteritis y otras infecciones**

**Obstrucción intestinal**

**Impactación fecal**

**Tabla 3.** Control de síntomas de pacientes con enfermedad terminal. Eusko J. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos 2008. 1era Edición. Pag 147. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO DE ESPAÑA.

### **i. Retención urinaria e incontinencia de orina**

*Retención urinaria* es la dificultad o incapacidad para evacuar voluntariamente la vejiga. Puede ser de causa obstructiva o por atonía vesical. *Incontinencia* es la pérdida involuntaria de orina, ya sea por aumento de la presión intraabdominal (incontinencia de esfuerzo), acompañado de deseo de orinar sin la capacidad de inhibir la micción hasta llegar a un lugar apropiado (incontinencia por inestabilidad del detrusor) o ser la etapa avanzada de la retención urinaria (incontinencia por rebalse) (López R. et al. 2005).

### **4.2.2. Principios generales del tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedad terminal y diagnóstico oncológico**

Los principios generales para el uso de medicamentos en estos pacientes son los siguientes:

- *Eficacia terapéutica contrastada*, utilizando fármacos con objetivos concretos, evitando los que no tienen una indicación precisa. Es importante conocer muy bien los más eficaces y acostumbrarse al uso de un grupo reducido de ellos.
- *Individualización* de los fármacos y de sus dosis. Así. La dosis analgésica eficaz varía considerablemente de un paciente a otro, o el tipo de laxante, etc.
- *La vía de elección para la administración del fármaco es la oral*, evitando tabletas grandes y de mal sabor y procurando una posología cómoda haciéndola coincidir con el horario de las comidas, sin que el paciente tenga que despertarse por la noche, etc. Habitualmente (80-90%) es posible utilizar esta vía hasta las últimas 24 horas de vida del enfermo.
- *Pensar en vías alternativas*, cuando la oral no sea posible, especialmente la vía subcutánea y, a veces, la rectal. Es preciso conocerlas para evitar ingresos hospitalarios innecesarios y el uso de más vías dolorosas (i.v., i.m.).
- *Su administración debe ser regular*, ante síntomas persistentes, es decir, administrando tratamientos regulares, de manera que la dosis suficiente debe darse antes de que termine el efecto del anterior.
- *Simplicidad* en el esquema de administración y el número de fármacos (si es posible menos de cinco) evitando polifarmacias mediante la racionalización del tratamiento y el uso de fármacos con más de una indicación.

- *Prevención de los efectos adversos*, además de tratar aquellos que aparezcan. Así, la prescribir morfina también se administrará también un laxante.
- *Revisar* a menudo el número y el objetivo de los fármacos que está tomando el paciente por si es necesaria su modificación.

#### **4.2.3. Tratamiento específico en el control de los síntomas**

El tratamiento específico lo componen las medidas terapéuticas dirigidas contra la enfermedad subyacente, causante la mayoría de las veces de los síntomas, en un intento de modificarla y así poder incidir en el control de estos síntomas.

Los objetivos del tratamiento específico en situaciones de enfermedad avanzada o terminal son contribuir al bienestar del enfermo, ya sea con el control o eliminación de los síntomas o con la preservación de la función de un órgano o sistema, ya sea ayudando a mantener su imagen corporal.

Las variables que se deben considerar en cada paciente son el pronóstico inmediato, las posibilidades razonables de respuesta, la tolerancia y la iatrogenia, el estado general, las alternativas y la disponibilidad de recursos.

### **4.3. Capítulo 3**

#### **4.3.1. Guía de manejo de los principales síntomas según el presente estudio**

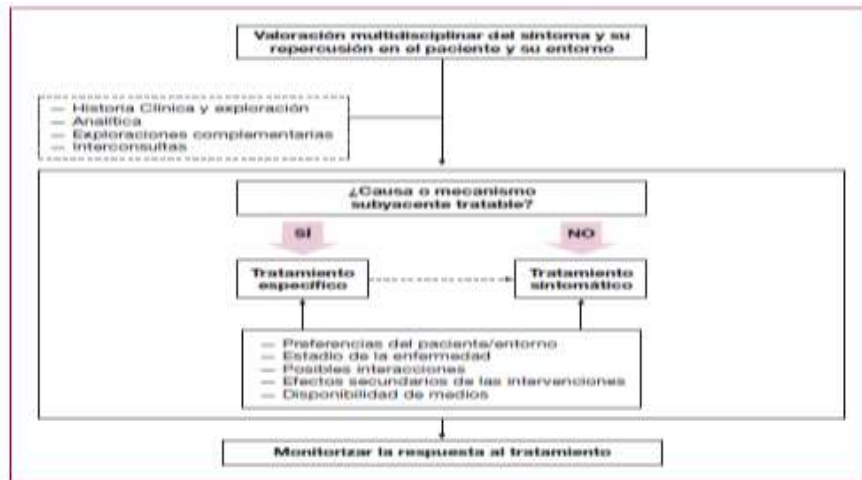
La Organización Mundial de la Salud define los *cuidados paliativos* como «el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales».

#### **.Características de los cuidados paliativos**

- Proporcionan el alivio del dolor y de otros síntomas que producen sufrimiento.
- Promocionan la vida y consideran la muerte como un proceso natural.
- No se proponen acelerar el proceso de morir ni retrasarlo.
- Integran los aspectos psicosociales y espirituales en los cuidados del paciente.
- Tienen en cuenta el soporte y los recursos necesarios para ayudar a los pacientes a vivir de la manera más activa posible hasta su muerte.
- Ofrecen apoyo a los familiares y a los allegados durante la enfermedad y el duelo.
- Mejoran la calidad de vida del paciente.
- Se aplican desde las fases tempranas de la enfermedad junto con otras terapias dirigidas a prolongar la vida (como la quimioterapia, radioterapia, etc.).
- Incluyen también las investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.

Los enfermos en situación de cuidados paliativos (enfermedad avanzada y terminal) presentan una gran demanda de cuidados sanitarios y de soporte socio-familiar.

#### 4.3.1.1. Control de síntomas



**Figura 2.** Control de síntomas de pacientes con enfermedad terminal. Eusko J. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos 2008. 1era Edición. Pag 77. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO de ESPAÑA

El control de síntomas en el paciente neoplásico terminal es la base en la que se sustentan los demás principios en cuidados paliativos. Los enfermos neoplásicos a lo largo de la evolución de su enfermedad van a presentar múltiples síntomas, de intensidad variable, cambiante y de origen multifactorial. Además se debe determinar la necesidad de tratar o no un síntoma en función de la fase evolutiva del paciente

Para ello es necesario realizar una evaluación etiológica que nos permita determinar si el o los síntomas son secundarios a la enfermedad neoplásica o al tratamiento. Además se debe determinar la necesidad de tratar o no un síntoma en función de la fase evolutiva del paciente.

Si se determina la necesidad de tratamiento este debe iniciarse lo antes posible e inmediatamente realizar un seguimiento de la respuesta al mismo. Así mismo el tratamiento a seguirse debe ser de posología fácil de cumplir y adecuar la vía de administración a la situación del paciente, manteniendo la vía oral siempre que sea posible.

Se recalca la necesidad de evitar la polimedicación y no mantener medicamentos innecesarios hasta el último momento.



En esta guía se nos hemos permitido recopilar la evaluación y el tratamiento de los 10 síntomas más frecuentes encontrados en los pacientes que fueron objeto de nuestro estudio.

El uso de escalas validadas puede ser una estrategia útil para estandarizar la evaluación de síntomas y monitorizar la respuesta de una forma objetiva. Esta práctica, exigible en los ensayos clínicos sobre tratamientos en cuidados paliativos, no se realiza de forma generalizada en nuestro medio. La proliferación de instrumentos, la ausencia de validación de muchos de ellos y, sobre todo, la falta de estudios sobre su impacto real pueden explicar este hecho.

#### **4.3.1.1.1. Dolor**

##### **a. Generalidades**

La International Association for the Study of Pain (IASP) define al dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión real o potencial de los tejidos, cuya expresión es inherente a las características de cada persona.

Por tanto, el dolor es más que un síntoma físico, es un fenómeno somato-psíquico modulado por:

- El estado de ánimo del paciente.
- El significado del dolor para el paciente.

El dolor es uno de los síntomas más frecuentes en los pacientes en el final de la vida. Puede afectar hasta al 96% de los pacientes con cáncer.

Los pacientes pueden presentar dolor debido a su enfermedad (infiltración tumoral, lesiones nerviosas); como consecuencia de algunos tratamientos (cirugía, quimioterapia, técnicas diagnósticas), o relacionados con su situación de inmovilidad y debilidad general (dolores óseos, úlceras, herpes zóster, etc.). No hay que olvidar otras posibles causas de dolor no directamente relacionadas con la enfermedad del paciente (artrosis, etc.).

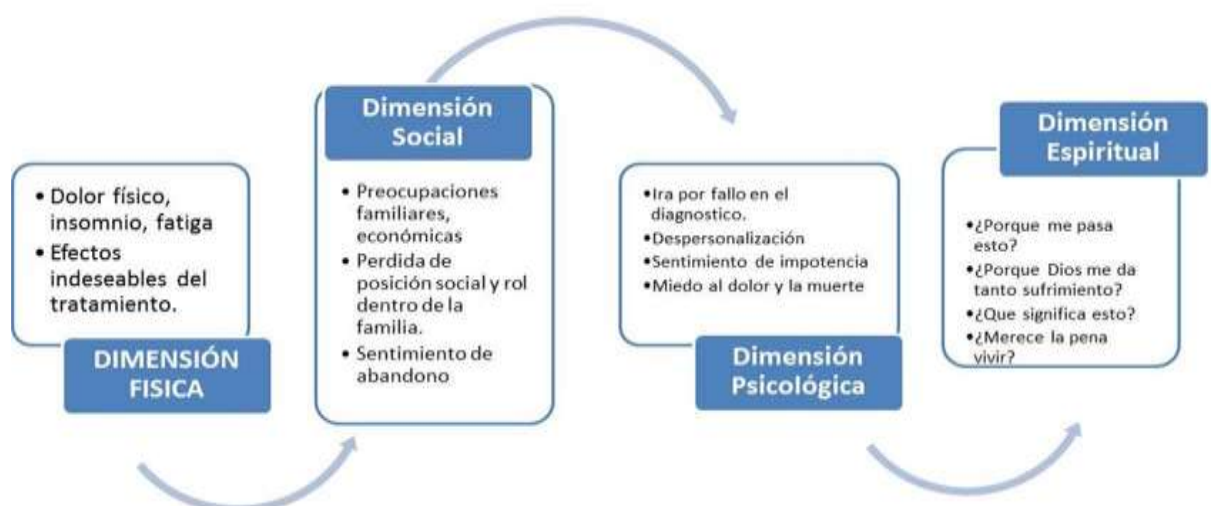
Los factores más comunes que afectan al umbral del dolor son:

FACTORES QUE INCREMENTAN EL DOLOR	FACTORES QUE DISMINUYEN EL DOLOR
Ira, cólera	Aceptación
Ansiedad	Relajación, menor ansiedad
Aburrimiento	Actividad creativa
Depresión	Aumento del estado de animo
Disconfort	Mejoría de otros síntomas
Duelo	Sensación de descarga, apoyo empático
Insomnio	Dormir
Falta de conocimiento de la situación	Aclaración, explicación
Aislamiento mental	Compañía

**Tabla 4.** Manejo del dolor. .Paice J..The management of cancer pain.2011. Pag 16. CancerJournalforClinicians

Puesto que el dolor es multidimensional, ello ayuda a pensar en términos de dolor total, que abarca aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales del sufrimiento.

### b. Dimensiones del Dolor



**Figura 3.** Manejo del dolor. .Paice J..The management of cancer pain.2011. Pag 16.  
CancerJournalforClinicians

### **c. Clasificación del dolor**

Según la duración:

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

Según su fisiopatología:

- Dolor somático: se produce por la estimulación de los receptores del dolor en las estructuras musculoesqueléticas profundas y cutáneas superficiales. Por ejemplo, el dolor óseo metastático.
- Dolor visceral: causado por infiltración, distensión o compresión de órganos dentro de la cavidad torácica o abdominal. Es frecuente que se asocie a náuseas, vómitos y sudoración. También puede tener un componente referido, manifestándose en lugares distantes al órgano que lo origina.
- Dolor neuropático: causado por lesión directa de estructuras nerviosas, ya sea por invasión directa tumoral, como consecuencia de la quimioterapia o por infecciones en un paciente debilitado (herpes zóster, etc.). El paciente lo describe como sensaciones desagradables, quemantes o punzantes, o como sensación de acorchamiento, hormigueo, tirantez, prurito o presión. Puede llegar a ser de difícil control, ya que responde mal a los analgésicos habituales
- Mixto: coexistencia de varios de los mecanismos anteriores en un mismo paciente.

### **d. Mecanismos fisiopatológicos del dolor:**

	DOLOR NOCICEPTIVO	DOLOR NEUROPATICO
Fisiopatología	Estimulación receptores	Lesión nerviosa, periférica o central.
Semiología	Ritmo mecánico o inflamatorio	Componente continuo, quemazón
Distribución topográfica	Regional sin topología neurológica	Compatible con origen neurológico
Exploración neurológica	Examen neurológico normal Respuesta y agresión se corresponden	Signos de hiposensibilidad (hipoestesia, anestesia) Signos de hipersensibilidad (alodinia)

**Tabla 5.** Manejo del dolor. .Paice J..The management of cancer pain.2011. Pag 15. CancerJournalforClinicians

#### **e. Principios generales de tratamiento del dolor**

La estrategia para el tratamiento eficaz del dolor en pacientes con cáncer abarca varios principios generales:

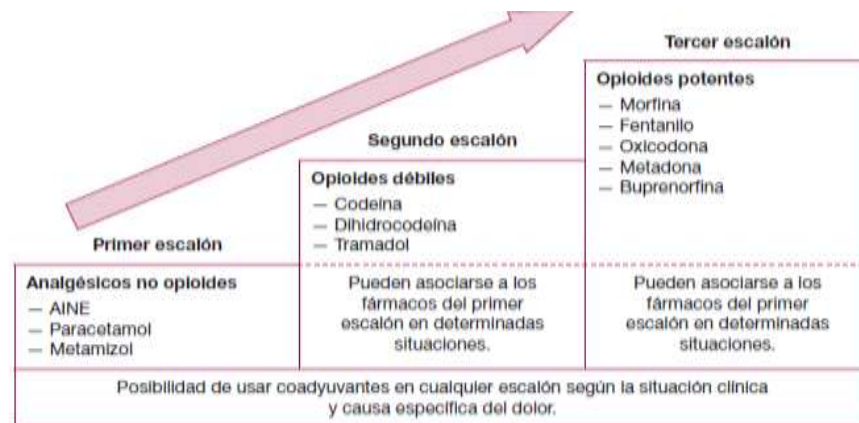
- Se debe realizar inicialmente una evaluación detallada del dolor, y una reevaluación cuidadosa siempre que se produce un cambio. La evaluación inicial del paciente con dolor por cáncer incluye siempre una anamnesis un y examen físico completo además requiere a menudo pruebas de imagen o de laboratorio. El objetivo es obtener una cantidad adecuada de datos que nos permita caracterizar los elementos clave del dolor
- Se debe tomar en cuenta la fisiopatología del dolor (por ejemplo, el dolor neuropático relacionado con la disfunción del sistema nervioso, o dolor nociceptivo relacionado a la lesión tisular en curso)
- La etiología del dolor (es decir, su relación con la enfermedad u otro factor.
- La extensión del cáncer y el plan para el tratamiento de este.
- El manejo de síntomas diferentes al dolor. La carga de síntomas somáticos tiende a ser alta en pacientes con dolor relacionado con el cáncer, y

reconocer y manejar los síntomas somáticos pueden mejorar la calidad de vida y el estado funcional

- De otro lado se reconoce que el dolor puede ser tratado con la terapia antineoplásica y otras intervenciones dirigidas a la etiología del dolor. Los tratamientos que se ocupan de la etiología del dolor, como la radioterapia, la cirugía, o en algunos casos, la quimioterapia, puede ser integrado en un plan más amplio de la asistencia para el control de los síntomas. El tratamiento del dolor relacionado con el cáncer suele requerir una estrecha consulta con un especialista en oncología, que pueden proporcionar la información necesaria acerca de la disponibilidad de la terapia antineoplásica.
- Un punto por demás importante tiene que ver con la llamada "escalera analgésica", es un enfoque paso a paso para controlar el dolor que se basa en la intensidad del dolor.
- Paso 1 de la escala: es para pacientes con dolor de leve a moderada intensidad relacionada con el cáncer, que primero debe ser tratada con paracetamol o un agente antiinflamatorio no esteroideo (AINE), posiblemente en combinación con un fármaco adyuvante que proporciona analgesia adicional (como un medicamento antidepresivo analgésico para el dolor neuropático), trata un efecto secundario, o maneja un síntoma coexistente.
- Los pacientes con dolor moderado o grave, incluyendo a aquellos que no logran un alivio adecuado después del uso de un AINE solo, deben ser tratados con un opiáceo.
- La escalera analgésica ha promovido la idea de que un grupo de los opioides se utilizan convencionalmente para tratar el dolor de intensidad moderada en el paso 2 de la escalera (anteriormente designado con el nombre equivocado "débiles" los opioides, con codeína como el prototipo) y otro grupo de medicamentos (previamente designados "fuerte" opioides, la morfina como el prototipo) se usa para tratar dolor severo en el paso
- En tanto los pasos 2 y 3, el enfoque indica la posibilidad de beneficiarse con la terapia de combinación que incluye un AINE u otros fármacos para mejorar la analgesia o tratar los efectos secundarios.

#### **f. Escala analgésica de la OMS modificada**

- **Primer escalón:** corresponde a los analgésicos no opioides (AINE, Metamizol y paracetamol). Los AINE y el paracetamol se han mostrado eficaces frente a placebo. No se han encontrado diferencias significativas entre los diferentes AINE.
- **Segundo escalón:** corresponde a los opioides débiles; en nuestro medio, codeína, dihidrocodeína y tramadol.
- **Tercer escalón:** está constituido por los opioides potentes. El fármaco de elección es morfina, que puede utilizarse por vía oral tanto de liberación rápida (solución o comprimidos) como de liberación retardada, por vía IM, IV o subcutánea (con posibilidad de usarla en bombas de infusión).



**Figura 4.** Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco (2008). Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Recuperado de la web de guiasalud.es: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_428\\_Paliativos\\_Osteba\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_428_Paliativos_Osteba_compl.pdf)

### Opioides

Son drogas que derivan del opio e incluyen derivados muy conocidos, como la morfina, la codeína y la tebaína.

Su efecto se produce mediante receptores específicos de membrana, que han sido identificados en las membranas pre y postsinápticas del sistema nervioso.

Los opioides se clasifican en fuertes o débiles, y se recomienda mezclados; tampoco se debe cambiar de uno a fuerte a uno débil o de uno débil a otro de igual potencia, cuando este deja de ser efectivo.

*Morfina:* Es un opioide fuerte y natural. En insuficiencia renal los metabolitos de la morfina se acumulan y pueden prolongar el efecto y producir obnubilación y depresión respiratoria. En el paciente con cáncer se prefiere utilizar la vía oral o subcutánea. La potencia relativa entre la morfina intramuscular comparada con la oral es de 1:2 ó 1:3.

*Metadona:* Es un opioide fuerte y sintético. Su efectividad analgésica es comparable con la de la morfina. Tiene una potencia analgésica con una relación oral-parenteral de 1:2, su biodisponibilidad es del 85% y su vida media es de 13 a 50 horas, pero la duración de su efecto es de 4 a 8 horas. Por lo tanto, presenta un mayor riesgo de intoxicación que el de la morfina. Se puede utilizar en insuficiencia renal, porque sus metabolitos no son activos. Es la droga de elección para la deshabitación a la morfina.

*Fentanilo:* Es un opioide fuerte, sintético, con alta liposolubilidad. Funciona como agonista opioide y tiene mucho menor duración de acción. Su potencia relativa relacionada con la de la morfina varía de 1:20 a 1:303. Se utiliza, sobre todo, para el dolor agudo.

*Hidromorfona:* Es un opioide semisintético derivado de la morfina. Tiene una biodisponibilidad del 30% al 40% y su vida media es de 1.5 a 2 horas. Es de mucha utilidad en la insuficiencia renal .

*Oxicodona:* Es un opioide semisintético, análogo de la morfina. Tiene una buena biodisponibilidad vía oral; su vida media es de 2 a 3 horas y se excreta por el riñón.

CLASIFICACIÓN DE OPIOIDES MAS USADOS
<p><b>OPIOIDES DEBILES:</b>  Codeína  Tramadol  Hidrocodona</p> <p>*Se utilizan para dolor de leve a moderado (En la escala de dolor entre 4-6)</p>
<p><b>OPIOIDES FUERTES</b>  Fentanilo  Hidromorfona  Morfina  Metadona  Oxicodona</p> <p>* Se utilizan para dolor severo. La morfina es el farmaco de elección.</p>

**Tabla 6.** Tomadode: A systematic review of combination step III opioid therapy in cancer pain: An EPCRC opioid guideline project. [sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav](http://sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav)

*Meperidina:* Es un opioide sintético con propiedades anticolinérgicas. Es muy lipofílico, por lo que su acción es más corta e inicia antes. Dosis repetidas mayores de 250mg diarios pueden producir acumulación de un metabolito tóxico: lanormeperidina, con hiperexcitabilidad del sistema nervioso central, más común en insuficiencia renal, con convulsiones.

*Codeína:* Se considera un opioide débil. Es una prodroga y se metaboliza a una serie de sustancias que incluyen la morfina, para hacer su efecto. Tiene una relación de absorción oral: parenteral muy alto, de 2: 1. Dosis mayores de 200mg vía oral se asocian a náuseas y vómito.

*Tramadol:* Es un opioide sintético, análogo de la codeína. El tramadol se ha asociado con convulsiones, en particular cuando se administra con antidepresivos tricíclicos (ADTC), que también inhiben la recaptación de serotonina y noradrenalina. Su vida media es de 6 horas. Resulta muy útil en pacientes con hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca congestiva e insuficiencia renal.

### *Efectos Secundarios*

El manejo de los efectos secundarios es parte fundamental del tratamiento oncológico y del dolor obviamente.

Los efectos secundarios de los opioides se relacionan con múltiples variables: el fármaco, su vida media, la vía de administración, la variabilidad genética, la



interacción con otros medicamentos, el nivel de dolor, la enfermedad de fondo y condición emocional del paciente.

*Neuromusculares:* reducen el consumo del oxígeno cerebral y enlentecen el electroencefalograma; pueden producir mioclonos y rigidez muscular.

*Sistema endocrinológico:* Disminuyen los niveles de testosterona, aumentan los de prolactina y aminoran el líbido.

*Sistema cardiovascular:* Producen vasodilatación periférica, por lo que la morfina reduce la precarga en el edema pulmonar agudo. Pueden provocar hipotensión ortostática y bradicardia, por aumento del tono vagal.

*Pulmonares:* Tienen efecto directo en el tallo cerebral, produce paro respiratorio y depresión del reflejo de la tos. Pueden tener un mayor efecto en respiración por expansión de la caja torácica, que en la porción diafragmática de la respiración.

*Sistema gastrointestinal:* tiene efecto sobre el plexo submucoso, que produce disminución de los niveles de jugos gástricos, secreciones pancreáticas y biliares y peristalsis. Pueden reducir las contracciones intestinales y provocar: náusea, vómito, reflujo y estreñimiento.

*Inmunológicos:* Reducen la respuesta inmunológica.

*Renal:* Carecen de efecto significativo en el riñón y son metabolizados, principalmente, en el hígado. En casos de insuficiencia renal, la acumulación de metabolitos puede ocurrir.

*Dermatológicos:* Pueden producir erupción o prurito.

*Neurológicos:* En raras ocasiones pueden producir delirio, pese a que la causa no es entendida completamente, por lo que se recomienda cambiar de fármaco o reducir la dosis del medicamento y agregar un coadyuvante.

*Manejo Terapéutico:*

El abordaje del dolor debe ser multidimensional y seguir unos principios básicos:

- Preguntar siempre por la existencia de dolor, si es que el paciente no nos lo manifiesta, y discernir sus características. No olvidar que pueden coexistir varios tipos de dolor.
- Conocer la etiología del dolor o de los dolores, si son más de uno.
- Estimar la repercusión emocional y funcional que el dolor produce en el paciente. Por otra parte, debemos abordar los factores emocionales, sociales y espirituales, puesto que forman parte del «dolor total» que el enfermo experimenta.
- Programar una analgesia a intervalos prefijados, y dosificar de forma individualizada a cada paciente.
- Reevaluar la eficacia del tratamiento: a las 48 horas en preparados orales, a las 72 horas con parches y a las 6-8 horas con preparados intravenosos (i.v.) y subcutáneos (s.c.).
- Asociar laxantes al iniciar el tratamiento con opioides
- Asociar metoclopramida (10-20 mg/8 horas, oral, s.c., i.v.), domperidona (10 mg/ cada 8 horas oral) o haloperidol (2-3 mg/día oral, s.c., i.v.) durante las primeras 72 horas para evitar vómitos.
- En insuficiencia renal, es de primera elección el fentanilo; como alternativa, la buprenorfina o la metadona.
- Finalmente se debe marcar objetivos realistas orientados a las condiciones clínicas del paciente.

## **g. Manejo del dolor basal nociceptivo**

- **Dolor leve o moderado:**

### Analgésicos del primer escalón.

*Metamizol* (Dipirona) Analgésico y ligeramente antiinflamatorio. Dosis inicial 500 mg/6-8 horas, hasta 1-2 mg/6-8 horas por vía oral. 300 – 600 mg cada 4 – 6 horas Vía parenteral: 1mg/kg por vía intramuscular profunda o intravenosa lenta (3 minutos) cada 6-8 horas. Dosis máxima: 8 gr diarios.

*Paracetamol*: No tiene actividad antiinflamatoria. Dosis máxima 1.000 mg cada 4 horas. Dosis: 15 mg/Kg/dosis cada 8h. Dosis máxima diara 3gr día.

*Antiinflamatorios no esteroideos*: Constituido por un grupo numeroso de fármacos con diferencias en farmacocinética y uso clínico, pero perfiles analgésicos similares. Posibles coadyuvantes en todos los escalones, especialmente útiles en dolor por metástasis óseas. Ibuprofeno (el menos gastrolesivo), naproxeno, diclofenaco. Se recomienda usar gastroprotección.

### Analgésicos del segundo escalón (opioides débiles)

*Codeína*: Dosis: Oral: 10-60 mg/4 horas, Formas líquidas: 10-20 mg/6 horas.

Dosis máxima: 30-60 mg cada 4 horas. Presentación: Ampollas: 15, 30 y 60 mg/ml; tabletas de 15, 0 y 60 mg; soluciones orales de 3 mg/ ml.

.

*Tramadol*: Dosis inicial 50 mg/6-8 horas. Dosis máxima 400 mg cada

6-8 horas. No usar dosis retardo de inicio. Para ajuste de dosis pequeñas usar la presentación en solución.

- **Dolor intenso:**

*Analgésicos del tercer escalón (opioides mayores)*

Engloba principalmente a morfina, fentanilo (FNTL), oxicodona y metadona.

Los principales efectos secundarios de este grupo de fármacos son: náuseas-vómitos, boca seca, somnolencia, astenia, síntomas confusionales, sudoración, prurito. Estos síntomas suelen aparecer en los primeros días y con frecuencia se atenúan o desaparecen en unos días. En cambio otros como el estreñimiento son más persistentes, ya que frecuentemente existen factores asociados que lo favorecen. Es importante prevenirlos en la medida de lo posible (asociando un laxante al inicio del tratamiento o dando instrucciones para su utilización precoz si este apareciera).

*Morfina*

La morfina no tiene techo analgésico. El inicio de acción comienza a los 15-30 minutos y la duración depende del tipo de liberación (morfina de liberación rápida [Mlr] y morfina de liberación retardada [Mlrt]).

Las equivalencias entre las distintas vías de administración de la morfina son: vía oral/vía rectal: 1:1; vía oral/vía intravenosa: 1:1/3; vía oral/vía subcutánea o intramuscular: 1:1/2; vía oral/vía epidural: 1:1/10.

La vía alternativa, por imposibilidad de utilizar la vía oral, preferentemente es la vía subcutánea (s.c.), cada 4 horas o mediante sistemas de infusión continua. La dosis equianalgésica es aproximadamente la mitad de la dosis oral.

*Titulación de la morfina. Inicio de tratamiento. :*

Pacientes tratados anteriormente con opioides débiles: 10 mg/4 horas de Mlr.

Pacientes no tratados con opioides débiles, ancianos, caquéticos o insuficiencia renal: 5 mg/4 horas de Mlr. Al acostarse se puede dar el doble de la dosis y omitir la dosis de la madrugada hasta un máximo de 90 mg.

Pautar siempre dosis de rescate en caso de dolor (igual que la dosis de inicio).

*Ajuste de dosis:*

En caso de que tomara previamente Mlrt, aumentar la dosis total diaria añadiendo la suma de dosis de rescate precisadas.

Si no tomaba previamente Mlrt, una vez conseguido buen control analgésico con Mlr sumar todas las dosis requeridas/día. Esa dosis se divide entre dos y se da en forma de liberación retardada. Esta primera dosis se da con la última que hayamos dado de liberación rápida. Se debe mantener siempre dosis de rescate por si lo precisara. La dosis de rescate será 1/6 de la dosis diaria total de morfina retardada.

*Fentanilo*

Al existir la presentación en parches de absorción transdérmica es muy utilizado cuando hay dificultad para ingerir morfina oral o intolerancia a la misma,

polimedicación, etc.; además, produce estreñimiento con menos frecuencia. No es el más adecuado para pacientes que requieren ajuste rápido de dosis.

Dosificación de parches en mg/hora de 25, 50, 75, 100 (se pueden partir).

Equivalencia: 10 mg de morfina equivalen a 100 mg FNTL.

Un parche de 25 mg FNTL (3 días) equivale a 60 mg de morfina vía oral/día (dosis total de morfina oral en 24 horas  $\times 10/24 = X$  mg/hora de FTNL transdérmico).

Como tarda 12 horas en hacer efecto, hay que poner el parche con la última dosis de morfina retardada. Para pasar de FTNL a morfina, comenzar con morfina oral a las 12 horas de la retirada del parche.

Respecto a los parches, hay que tener en cuenta: que la zona de aplicación del parche debe cambiarse de forma rotatoria, que el aumento de temperatura aumenta la absorción de FNTL, y que se puede valorar cambiar cada 48 horas si existe peor control del dolor al tercer día.

Presentaciones.

- Ampollas de 50ug/ml/10ml
- Parches de 25, 50, 75 y 100 ug/ hora
- Citrato de Fentanilo: pastillas orales transmucosas de 200, 300, 400 ug.

### *Oxicodona*

Presenta doble potencia que la morfina y menos efectos adversos, constituye el fármaco de elección ante intolerancia, falta de analgesia o efectos adversos de otros opioides. Ofrece además la ventaja de tener un rápido inicio de acción analgésica, junto con un efecto sostenido durante doce horas.

Existe una variabilidad importante entre pacientes en cuanto a su efecto, etc., por lo que el ajuste del tratamiento ha de ser individualizado, tomando como guía si tomaba morfina oral previamente la equivalencia 10 mg oxicodona: 20 mg morfina oral. La escalada de dosis se hará en función del control del dolor, aumentando la dosificación anterior un 25-50%. Útil en dolores neuropáticos.

### ROTACION DE OPIOIDES

*Razones para cambiar de opioides:*

- Aparición de toxicidad a los opioides (mioclonías, delirio, hiperalgesia, alucinaciones, náuseas intratables).
- Utilización de dosis muy elevadas de un opioide que dificulta su administración.
- Se debe reducir en un 25% la dosis del nuevo opioide equivalente a la tolerancia adquirida al opioide antiguo.

Otros:

*Buprenorfina:* Se administra por vía transdérmica.

*Metadona:* Es el fármaco de elección en la rotación de opioides, por toxicidad o tolerancia excesiva del opioide que se estaba utilizando, y en el dolor de origen neuropático.

La metadona no se encuentra disponible en el mercado farmacéutico del Ecuador.

### MEDICAMENTOS COADYUVANTES

*Corticoides:* Aumentan la sensación de bienestar. Útiles cuando hay: aumento de la presión intracraneal, compresión nerviosa, compresión medular, grandes masas tumorales. Dosis: desde 2-4 mg/24 horas de dexametasona hasta 16-24 mg/24 horas para síndrome de compresión medular.

*Antidepresivos y anticonvulsivantes*

Útiles cuando existe componente neuropático:

Antidepresivos tricíclicos: amitriptilina, dosis inicial 25 mg por la noche e ir subiendo 10-25 g cada semana hasta un máximo de 100-150 mg al día.

Clonazepam: 0,5 mg/24 horas hasta un máximo de 3-6 mg/24 horas.

Gabapentina: iniciar 150 mg-300 mg cada 24 horas hasta un máximo de 1.800 cada 24 horas. Ir aumentando según tolerancia y control de síntomas.

Pregabalina: iniciar 75 mg/12 horas hasta un máximo de 600 mg/12 horas.

#### *Antiinflamatorios no esteroideos*

Son útiles como coadyuvantes en todos los escalones, especialmente en el dolor por metástasis óseas.

#### *Otros*

#### *Bifosfonatos*

Indicados para el dolor debido a metástasis óseas si no han sido efectivos los analgésicos, corticoides o radioterapia. De uso hospitalario, por vía intravenosa, dosis de 4 mg/4 semanas. Efectos secundarios: necrosis mandibular, náuseas, vómitos, síndrome pseudogripal, fiebre, etc.

#### *Radioterapia*

Especialmente útil en el caso de dolor por metástasis óseas.

#### *Técnicas anestésicas*

Catéter epidural, bloqueos, infusiones intravenosas de anestésicos locales.

Benzodiacepinas

### **h. Manejo del dolor irruptivo**

Es una exacerbación transitoria del dolor que aparece en un paciente cuyo dolor basal está adecuadamente controlado con opioides mayores



## Clasificación

- Incidental: aparece con una causa precipitante identificable:
- Volitivo: provocado por un acto voluntario.
- No volitivo: provocado por un acto involuntario.
- Inducido por procedimientos.
- Idiopático/espontáneo: aparece sin causa precipitante identificable.

Las crisis de dolor irruptivo necesitan medicación de rescate y la medicación ideal deberá tener características farmacocinéticas que se ajusten al dolor irruptivo

### **i. Manejo del dolor neuropático**

El tratamiento del dolor neuropático sigue siendo un gran desafío. Los fármacos que se usan normalmente tienen una tasa de respuesta limitada y responden a experiencias de reducción parcial del dolor y dosis tolerables.

De forma habitual se utilizan los siguientes fármacos:

- **Anticonvulsivantes**

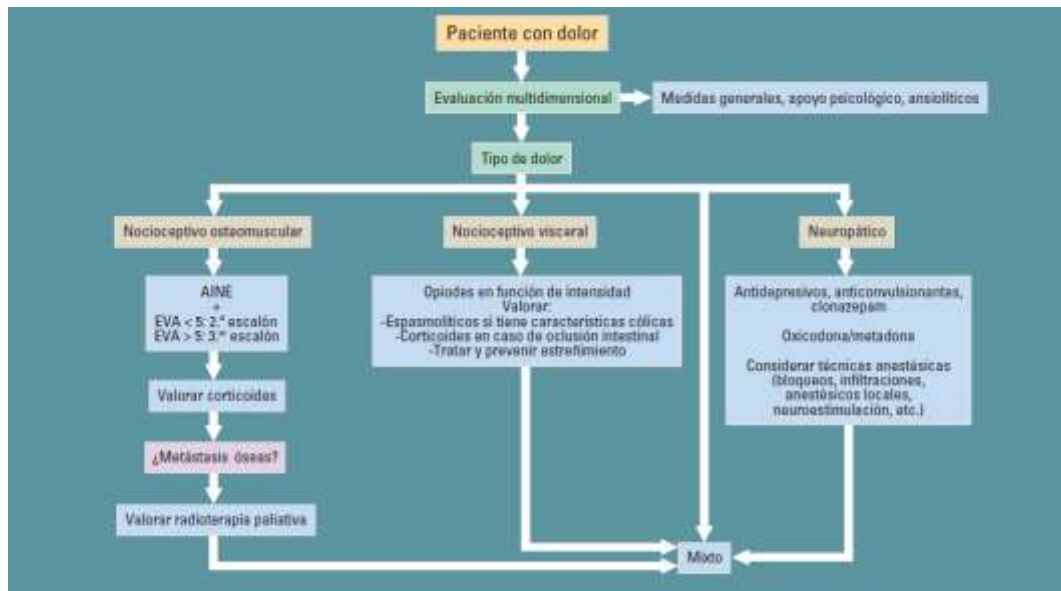
*Gabapentina*: se comienza con 300 mg/8 horas y se aumenta 300 mg cada siete días, hasta un máximo de 1.800-3.600 mg/día. Se deben tomar en cuenta sus efectos secundarios.

*Pregabalina*: se comienza con 75-150 mg/día, en dos dosis y se aumenta 150 mg cada 3-7 días, hasta un máximo de 600 mg/día.

*Carbamazepina/oxcarbazepina*: Útiles en la neuralgia del trigémino.

*Carbamazepina*: se comienza con 300 mg/día, se incrementa 100 mg/día, hasta un máximo de 1.500- 2.000 mg/día.

*Oxcarbazepina*: se comienza con 600 mg/día y se aumenta cada dos días 150-300 mg, hasta un máximo de 1.500-3.000 mg/día.



**Figura 5.** Ríos B., et al., Protocolos de práctica asistencial, Tratamiento del dolor oncológico 2009, recuperado de la web el 17 de juni de 2012. Disponible en la red en [http://api.ning.com/files/k0\*RRphj2a114icW1Hau84QQShQ1ioP2oBNxByQ\*yzf6nfDF58Kpkx3wGtuao83FHo\*ziooCES7MSU5O2Ei\*mSDbo6c9mWPw/Tratamientodeldoloroncolico.pdf]

#### 4.3.1.1.2. Astenia

Se define como una sensación subjetiva de cansancio inusual y persistente relacionada con el cáncer o su tratamiento y que interfiere con la capacidad funcional habitual. Es un síntoma de origen complejo y multifactorial con una fisiopatología parcialmente conocida. Entre las causas de astenia en el paciente con cáncer avanzado se incluyen las debidas al propio tumor a través de la liberación de citoquinas (proteínas mediadoras de la comunicación intercelular) como interleukina-1, interleukina-6 y factor de necrosis tumoral alfa o al desarrollo de síndromes paraneoplásicos (incluida la caquexia tumoral), a los tratamientos oncológicos (quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia o cirugía) y sus efectos secundarios, a complicaciones del cáncer (anemia, infección, insuficiencia hepática o renal, hipoxia, desregulación vegetativa, deshidratación,

alteraciones cardíacas y pulmonares), a alteraciones endocrinas (hipotiroidismo e hipogonadismo), al uso de otras medicaciones (opioides, ansiolíticos, hipnóticos, antihistamínicos, antieméticos o antihipertensivos), a trastornos del sueño, a factores psicológicos (ansiedad, depresión y estrés), a la interrelación con otros síntomas (dolor, náuseas o disnea), o a patologías preexistentes (insuficiencia cardíaca, alteraciones neurológicas).

Según los estudios, varía entre el primer y segundo síntoma más frecuente de pacientes en cuidados Paliativos, puede presentarse hasta en el 90% de los casos. Es un síntoma común en pacientes con cáncer y en aquellos que sobreviven a él (17 a 21%).

Se trata de un síntoma «negativo», carencial, es decir, algo que se pierde con la enfermedad, como la fuerza, la capacidad física o el ánimo. Influye en la calidad de vida del paciente oncológico, ya que interfiere a nivel físico, mental, social y económico.

---

## FACTORES RELACIONADOS CON ASTENIA EN PACIENTES CON CÁNCER

Dolor

Anemia

Infecciones

Deshidratación

Miastenia Gravis

Quimioterapia y radioterapia

Depresión, insomnio y ansiedad

Síndromes paraneoplásicos

Caquexia

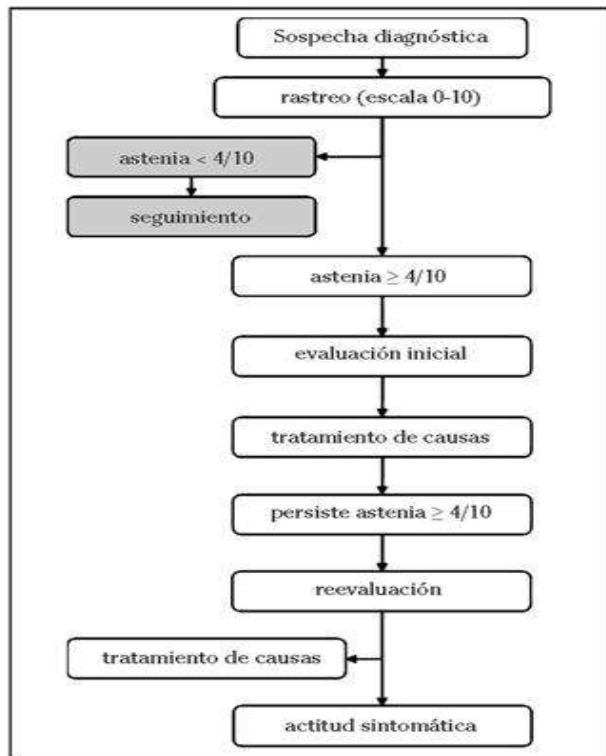
Fármacos

Trastornos metabólicos

Morbilidad asociada: insuficiencia cardiaca, EPOC, etc.

**Tabla 7.** Control de síntomas de pacientes con enfermedad terminal. Eusko J.). Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos 2008. 1era Edición. Pag 77. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO de ESPAÑA

La línea de actuación en la práctica habitual en enfermos terminales con cáncer que tienen astenia se fundamenta en el rastreo sobre la presencia del síntoma y su intensidad subjetiva, por ejemplo mediante una escala de 0 a 10. Si la autoevaluación de la astenia alcanza, al menos, un valor 4 sobre 10 se considera relevante y se plantean estudios para detectar causas potencialmente tratables. Si la astenia persiste, bien porque no se encuentran causas susceptibles de tratamiento, bien porque estos tratamientos no son eficaces, es cuando se plantea una actitud de alivio sintomático. Además de si hay síntomas, como depresión, estrés, y ansiedad.



**PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE ASTENIA EN PACIENTE CON CANCER AVANZADO.**

**Figura 6.** Control de síntomas de pacientes con enfermedad terminal .SECPALGuía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos2008..GUÍAS DE SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS.

**a. Evaluación de la astenia:**

El síndrome de astenia por cáncer está incluido como entidad en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10.

---

**CRITERIOS DE LA CIE-10 PARA FATIGA RELACIONADA CON CANCER**

Los siguientes síntomas han estado presentes cada día o casi todos los días durante el mismo periodo de dos semanas en el último mes:

Cansancio crónico significativo, disminución de la energía o aumento de la necesidad de descansar , fuera de proporción con cualquier modificación reciente del grado de actividad, además de 5 o más de los siguientes:

---

Quejas de debilidad general, extremidades pesadas  
Concentración o atención disminuida  
Disminución de la motivación o del interés de participar en las actividades habituales.

Insomnio o hipersomnia  
Sueño que no refresca ni restaura  
Percepción de que se necesita luchar para superar la inactividad  
Reactividad emocional marcada (tristeza, frustración, irritabilidad) ante la sensación de cansancio crónico.

La dificultad de llevar a cabo tareas cotidianas se le atribuye a la sensación de cansancio.

Percepción de que hay problemas con la memoria a corto plazo  
El cansancio después de ejercicio extenuante dura varias horas.  
Los síntomas ocasiona una afección clínica significativa o un deterioro en el funcionamiento social, profesional o de otras áreas importantes de comportamiento.

Hay signos en la historia clínica, el reconocimiento médico o el resultado de análisis de que los síntomas surgen como consecuencia del cáncer o del tratamiento del cáncer.

Los síntomas no surgen principalmente como consecuencia de trastornos psiquiátricos simultáneos, como una de presión, trastorno de somatización, trastorno somatiforme o delirio.

---

**Figura 7.** Portela M., Astenia en cáncer avanzado y uso de psicoestimulantes, Anales Sis San Navarra vol.34 no.3 Pamplona set.-dic. 2011. Disponible en la web en [[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272011000300013&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272011000300013&script=sci_arttext)], recuperado de la ren en 2012-09-17.

## **b. Manejo terapéutico de la astenia**

La actitud inicial ante la astenia en el enfermo con cáncer avanzado es la de buscar causas que pudieran ser susceptibles de tratamiento etiológico. Es

posible encontrar factores físicos y psicológicos que pueden inducir astenia como anemia, infección, alteraciones de tipo endocrino o metabólico, algunos fármacos, alteraciones del ciclo sueño vigilia o depresión, en los que se puede plantear una línea de actuación específica. Dentro de estas opciones de tratamiento en los últimos años ha cobrado interés el soporte hematológico para paliar el componente de la astenia debido a la anemia.

En la mayor parte de los casos tan sólo es factible plantear un tratamiento sintomático y de soporte que incluye estrategias farmacológicas y no farmacológicas. Entre estas últimas hay algunas que han mostrado cierto beneficio clínico: mejorar la calidad del sueño y el apoyo psicológico.

Numerosos estudios han investigado los efectos de la actividad física en la astenia por cáncer. Los resultados de varios metanálisis recientes, encuentran beneficio en el ejercicio, tanto durante como después del tratamiento para el cáncer. Se ha sugerido que los cambios producidos por el ejercicio pueden contrarrestar los efectos del tumor y la toxicidad del tratamiento sobre la capacidad física<sup>16</sup>. Hay una gran variedad de programas de ejercicios, no existiendo consenso sobre el tipo e intensidad de ejercicio a realizar.

Entre los fármacos que se han empleado en el tratamiento de la astenia del enfermo oncológico se encuentran: corticoides, progestágenos, inhibidores selectivos de la acetil-colinesterasa (como donezepilo), simpaticomiméticos (como por ejemplo midrodina), testosterona, talidomida y psicoestimulantes (metilfenidato).

El uso de algunos estimulantes, como la cafeína, está muy extendido en la población general. Actúa bloqueando los receptores de adenosina promotores del sueño. Pero existen además otros fármacos de este tipo comercializados, como metilfenidato y modafinilo que actúan incrementando los niveles de dopamina en el sistema nervioso central. La dopamina tiene un rol importante en los sistemas mesolímbico y mesocortical, los cuales están en relación con la motivación y la atención. Estos efectos son mediados por los receptores dopaminérgicos. El metilfenidato bloquea estos receptores en distintas áreas cerebrales y el modafinilo actúa inhibiendo los transportadores de dopamina en áreas cerebrales específicas que regulan el ritmo sueño-vigilia.

Las indicaciones aprobadas para metilfenidato son déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes y narcolepsia, y las del modafinilo, somnolencia diurna en pacientes con narcolepsia, trastornos del sueño por turnos de trabajo y apnea obstructiva del sueño con somnolencia excesiva residual a pesar del uso óptimo de presión positiva continua. Su uso fuera de indicación está extendido en oncología, para tratar distintos síntomas como desánimo cuando el pronóstico de vida es menor de 3 meses, somnolencia por opioides, delirium hipoactivo, secuelas en niños tratados con quimioterapia por cánceres infantiles (principalmente tumores cerebrales y leucemia linfocítica aguda) y astenia.

Los psicoestimulantes están contraindicados cuando hay antecedentes de enfermedades cardiovasculares como hipertensión severa, arritmias y angor, enfermedades psiquiátricas tipo ansiedad, agitación, psicosis y adicciones, epilepsia, hipertiroidismo y glaucoma de ángulo estrecho. El modafinilo no tiene contraindicación en hipertiroidismo ni glaucoma. También está contraindicado su asociación con simpaticomiméticos como los inhibidores de monoamino oxidasa (IMAO) por el riesgo de crisis hipertensivas. En general, son fármacos bien tolerados. Los efectos secundarios más frecuentes con metilfenidato son inquietud, insomnio y sequedad de boca<sup>30</sup>, si bien la proporción de pacientes que abandona el tratamiento por este tipo de efectos es muy escasa. Respecto al modafinilo se describen efectos secundarios similares, aparte de cefalea y mareo. La hiporexia es un efecto secundario muy infrecuente.

Existen tres presentaciones de metilfenidato, una de liberación y dos de liberación sostenida con una duración de 10 a 12 h, y 20, 30 y 40 mg, con una duración de 8 h. Del modafinilo. El tratamiento medio diario es más económico con metilfenidato que con modafinilo.

La terapia con corticoides puede incluir:

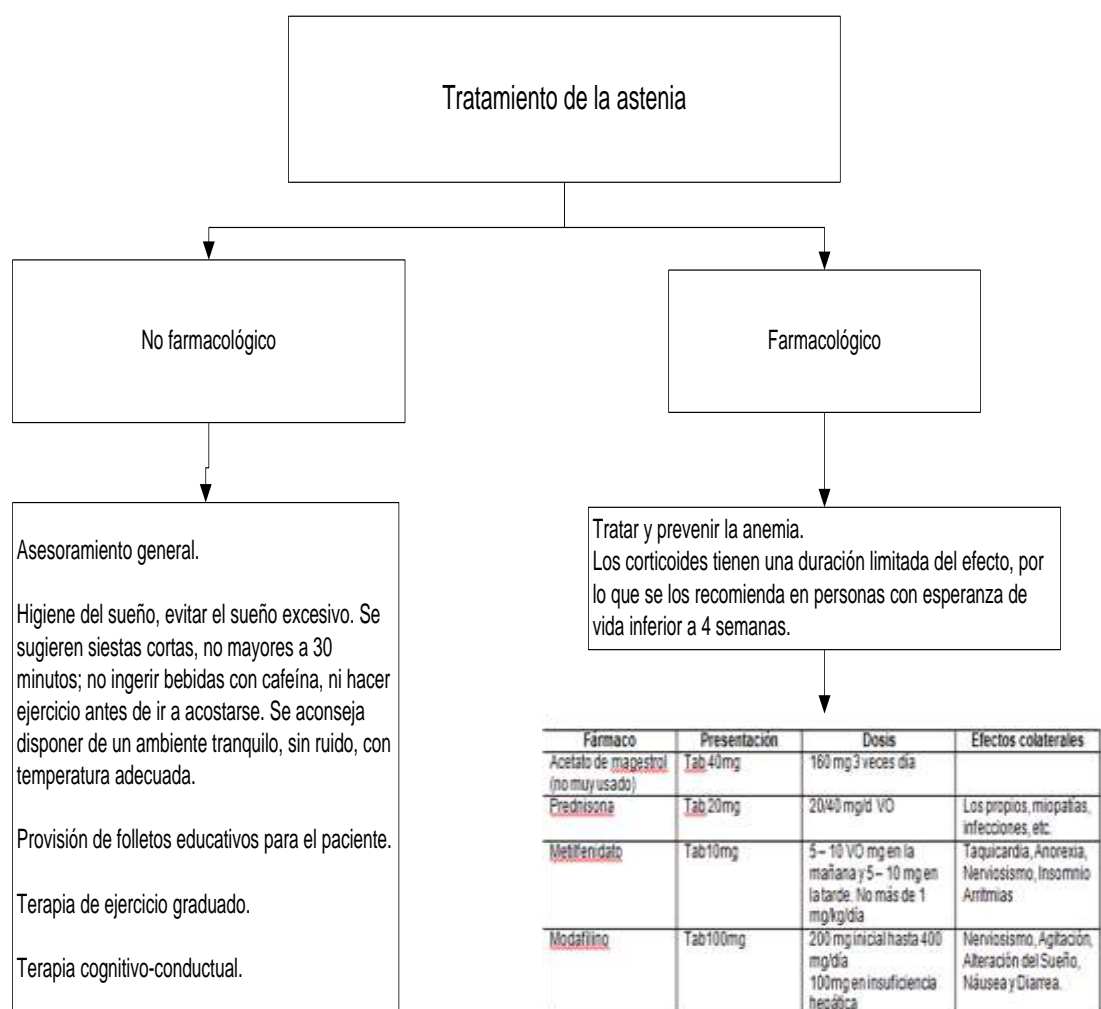
Metilprednisolona 15 a 30 mg al día.

Prednisona: 20 a 40 mg qd



En definitiva, metilfenidato y modafinilo son dos psicoestimulantes que han sido ya probados en estudios controlados en astenia del paciente con cáncer avanzado, encontrándose eficaces, particularmente en pacientes con estadios más avanzados, muy cansados. Son fármacos bien tolerados y aunque tienen un perfil bastante similar, disponer de varios psicoestimulantes permite tener alternativas cuando uno de ellos falla o está contraindicado.

En resumen la terapéutica se basa en:



**Figura 6** Obtenida la información para hacer este cuadro de Dávalos V., et al, Guía rápida de manejo de síntomas en cuidados paliativos 2012. Ediloja. 1era Edición. Guía que actualmente se encuentra en realización.

#### **4.3.1.1.3. Anorexia**

La anorexia, definida como falta de apetito, y la pérdida de peso pueden acompañar a la astenia en pacientes diagnosticados con enfermedad terminal. La anorexia es un síntoma común en pacientes con cáncer terminal. Sustancias endógenas, que aumentan en pacientes con cáncer terminal, como el glucagón, colecistocinina, TNF 1 y calcitonina, son capaces de inhibir la ingesta de comida.

El proceso canceroso produce un desequilibrio en el balance energético al disminuir la ingesta y aumentar el catabolismo, produciéndose un balance netamente negativo.

La evaluación de la anorexia requiere un trabajo conjunto con el enfermo y su familia, del que la buena comunicación es un componente esencial. El equipo tiene que tener en cuenta el significado cultural y social de la falta de apetito y de las dificultades en la alimentación.

Estudios realizados muestran que el acetato de megestrol (AM), administrado a dosis de 40-800 mg/día, es eficaz para aumentar el apetito y la ganancia de peso en pacientes con enfermedad avanzada y diagnóstico clínico de anorexia y caquexia

Los corticoides metilprednisolona (32-125 mg/día), prednisolona (10 mg/día) y dexametasona (3-8 mg/día) son también eficaces en la mejora del apetito y en el aumento de peso.

*Tratamiento farmacológico de la anorexia-caquexia  
cancerosa  
Según Mattox<sup>21</sup> TW: Nutrition in Clinical Practice 2005;  
20:400-410*

*1. Estimulantes del apetito (orexígenos)*

- Progestágenos
  - Medroxiprogesterona<sup>§</sup>
  - Acetato de Megestrol<sup>§</sup>
- Corticosteroides
  - Dexametaxona<sup>§</sup>
  - Metilprednisolona<sup>§</sup>
  - Prednisolona<sup>§</sup>
- Cannabinoides
  - Dronabinol<sup>\*</sup>
- Ciproheptadina<sup>\*</sup>
- Antidepresivos
  - Mirtazapina. Antidepresivo tricíclico<sup>\*</sup>
- Antisicótico atípico
  - Olanzapina Neuroléptico<sup>\*</sup>

*2. Anticitoquinas*

- Melatonina<sup>\*</sup>
- Ácidos eicosapentanoico (EPA) o Docosahexaenoico (DHA)<sup>†</sup>
- Pentoxifilina<sup>†</sup>
- Talidomida<sup>\*</sup>

*3. Anabolizantes. Derivados de la testosterona*

- Fluoximesterona<sup>†</sup>
- Nandrolona decanoato<sup>†</sup>
- Oxandrolona<sup>†</sup>

*4. Inhibidores metabólicos.*

- Sulfato de hidracina<sup>†</sup>

**Tabla 7** Manejo de Síntomas den Cuidados Paliativos. Mattox M., , Nutrition in Clinical Practice 2005: 20:400'401

#### **4.3.1.1.4. Depresión**

La depresión (del latín depressus, que significa 'abatido', 'derribado') es un trastorno del estado de ánimo que se diagnostica clínicamente. Es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por deterioro de la regulación de este, del comportamiento y de la afectividad. se define como un trastorno afectivo que representa un conjunto de signos y síntomas (síndrome) que se relaciona con alteraciones del estado de la emoción/estado de ánimo, motoras de motivación y cognoscitivas.

Se presenta del 3 al 82% de los pacientes dependiendo de la enfermedad de base y del estado de progresión de la misma.

La depresión en el paciente paliativo es importante porque empeora su calidad de vida y la de sus allegados, y porque es un factor de riesgo importante de suicidio y de petición de una muerte anticipada

Actualmente existen muchas investigaciones acerca de la prevalencia e incidencia de la comorbilidad de la depresión en el cáncer, sin embargo son pocas las acciones que se han tomado para prevenir y tratar el problema. El diagnóstico de la depresión en cuidados paliativos es especialmente problemático. Las manifestaciones de la enfermedad y de sus complicaciones y los efectos secundarios de la medicación pueden dificultar el diagnóstico.

Esto puede contribuir, entre otras causas, a que muchos médicos no detecten la depresión de sus pacientes, por lo que se precisa monitorizar regularmente el estado emocional del paciente. La formulación de una pregunta: «¿Ha estado deprimido la mayor parte del tiempo en las últimas dos semanas?» se ha demostrado eficaz para detectar la depresión. La mejor herramienta para el diagnóstico de la depresión en estos pacientes es la entrevista clínica, aplicando los criterios DSM-IV modificados, basándose en los síntomas emocionales y cognitivos más que en los síntomas somáticos, que son muy frecuentes por la propia enfermedad (cansancio, pérdida de peso, etc.).

En estos pacientes es importante distinguir el trastorno depresivo verdadero del duelo normal y del trastorno adaptativo con ánimo deprimido. La depresión en el paciente paliativo es importante porque empeora su calidad de vida y la de sus allegados, y porque es un factor de riesgo importante de suicidio y de petición de una muerte anticipada.

Los criterios que se utilizan para el diagnóstico de depresión son los del DSM-IV, que deben estar presentes:

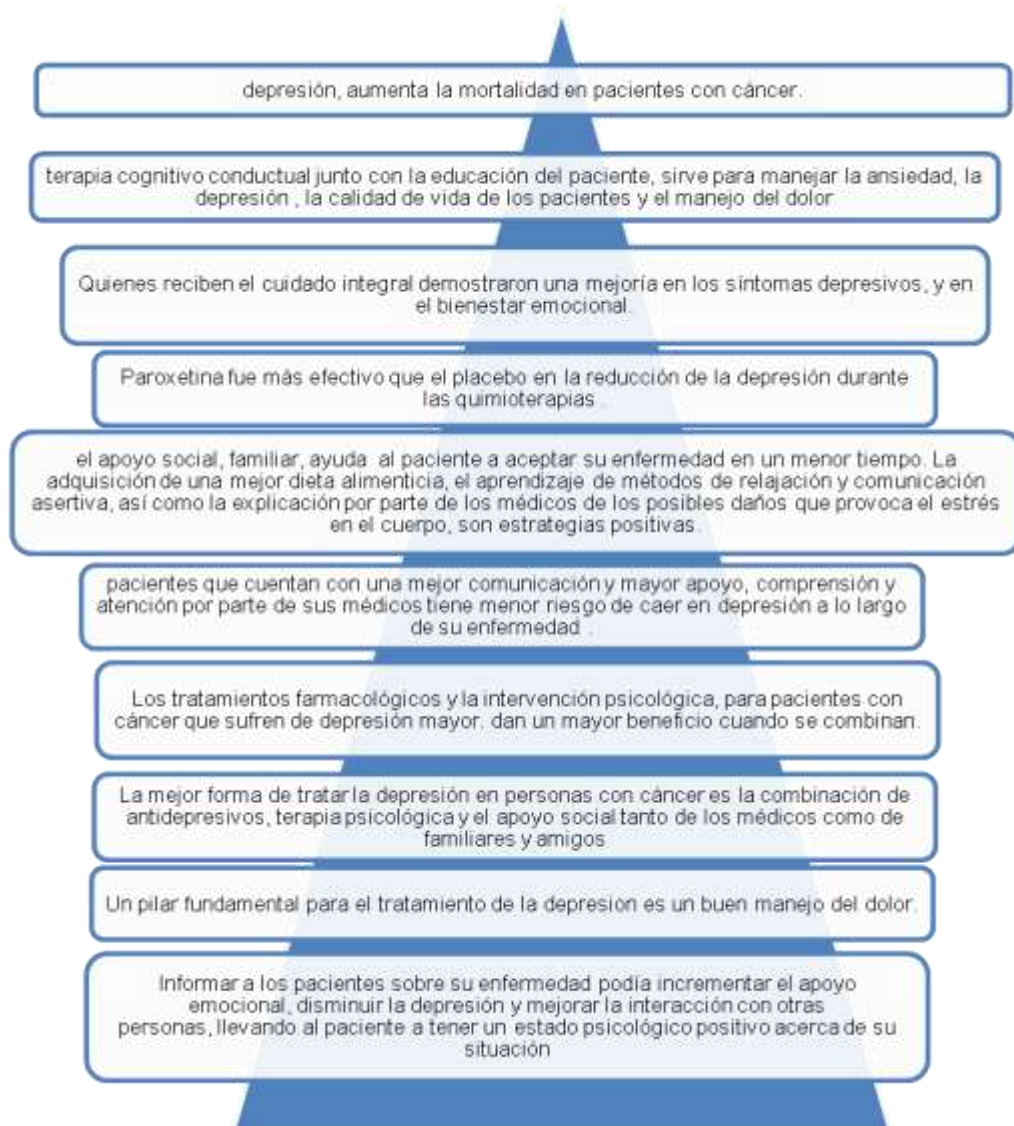
- Presencia, durante un período de dos semanas, de cinco o más de los siguientes síntomas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para el placer.
- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día, según indica el propio sujeto (se siente triste o vacío) u observan otros (llanto).

- Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
- Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
- Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
- Cansancio o pérdida de energía casi cada día.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
- Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej. después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor

- **a. Tratamiento**

Se debe establecer un umbral bajo para empezar a tratar la depresión en los pacientes en fase final de la vida. El primer paso es el control del dolor, cuando exista.

Diversos tratamientos para la depresión en personas con cáncer han sido aplicados y probados. Estas son algunas de las recomendaciones que se deben seguir, basados en la evidencia



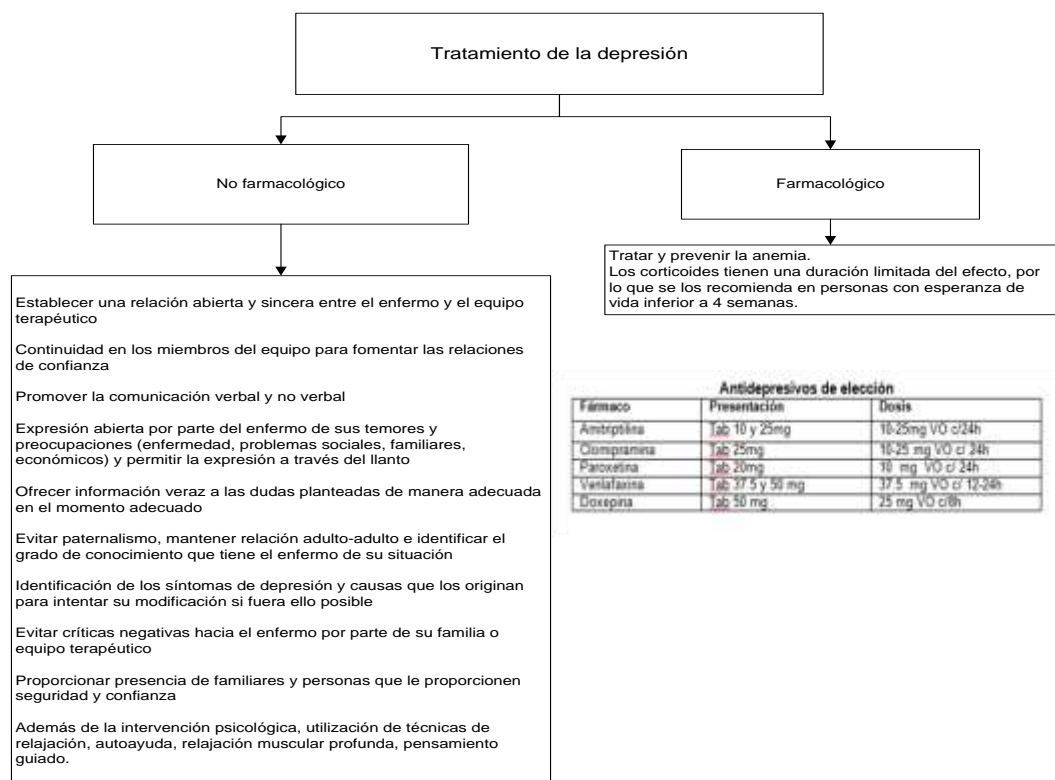
**Figura 8** Obtenida la información para hacer este cuadro de Doyle D., Manejo de síntomas en cuidados paliativos. OxfordTextbookPalliative

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los antidepresivos tricíclicos (ADT) son eficaces en el tratamiento de la depresión de los pacientes con cáncer. En conjunto, las múltiples revisiones no muestran diferencias entre los distintos grupos de antidepresivos. La valoración individualizada de los síntomas de cada paciente con el perfil de efectos secundarios de los antidepresivos y las posibles interacciones determina la

elección del antidepresivo. Los autores de las revisiones recomiendan los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina como primera elección por su mejor perfil de efectos secundarios. En general, los pacientes con diagnóstico de enfermedad terminal toleran mejor paroxetina y sertralina. Trazodona tiene un efecto sedante que puede limitar su uso en estos pacientes. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina tardan varias semanas en comenzar su acción. Los psicoestimulantes, como dextroanfetamina, metilfenidato, modafinilo y pemolinapueden producir una respuesta más rápida (incluso en las primeras 24 horas) y son bien tolerados.

Por ello, en los pacientes que tienen una expectativa de vida limitada a pocas semanas, se puede empezar con un psicoestimulante

En resumen:



**Figura 9.** Obtenida la información para hacer este cuadro de Dávalos V., et al, Guía rápida de manejo de síntomas en cuidados paliativos 2012. Ediloja. 1era Edición. Guía que actualmente se encuentra en realización.

#### **4.3.1.1.5. Estreñimiento**

La constipación es la evacuación de deposiciones más consistentes con menor frecuencia o con mayor dificultad de lo habitual.

Es frecuente en los pacientes con enfermedades terminales (50-95%) en general.

El estreñimiento constituye uno de los síntomas más frecuentes en los pacientes con cáncer y afecta a un 40-60% de los pacientes con enfermedad avanzada, aumentando su incidencia hasta un 90-95% en los pacientes en tratamiento con opioides. El estreñimiento es más frecuente en mujeres y en personas mayores. Se define como una disminución de la defecación con menos de tres evacuaciones por semana, con alteración en la dureza de las deposiciones junto con la posibilidad de tenesmo rectal. El estreñimiento puede aparecer como el síntoma de comienzo de la enfermedad o desarrollarse en algún momento de la evolución de la misma y/o como consecuencia de los tratamientos de ésta.

Etiología: son múltiples las causas de estreñimiento en los pacientes con cáncer. Se pueden clasificar en: causas relacionadas con el cáncer, relacionadas con el tratamiento y relacionadas con comorbilidades.

Síntomas: el estreñimiento suele presentarse con dolor abdominal, flatulencia, distensión abdominal, náuseas (los vómitos son raros), anorexia, pseudodiarrea y alteraciones urinarias. El diagnóstico: debe realizarse una historia clínica y exploración física completa. Es también importante la realización de una analítica para descartar causas tratables, como hipercalcemia, hipopotasemia, deshidratación e hipotiroidismo. Todo esto suele ser suficiente para un diagnóstico, sin embargo pueden ser útiles la realización de otros procedimientos diagnósticos (radiografía, endoscopias) cuando se sospecha síndrome suboclusivo u obstrucción.

Los factores comunes que contribuyen al desarrollo del estreñimiento en la población general comprenden el régimen alimentario, la alteración de los hábitos intestinales, la ingestión insuficiente de líquidos y la falta de ejercicio. El estreñimiento puede ser un síntoma que está presente al diagnosticarse el cáncer o puede ocurrir más tarde como efecto secundario de un tumor creciente o del tratamiento del tumor. En el paciente con cáncer, otros factores adicionales



que causan estos trastornos son el tumor mismo, los problemas relacionados con el cáncer, los efectos de la terapia con fármacos para el cáncer o para el dolor provocado por el cáncer y otros procesos concomitantes como el fallo de un órgano, disminución de la movilidad y depresión. Los factores fisiológicos incluyen ingestión oral inadecuada, deshidratación, ingestión insuficiente de fibras o fallo de un órgano. Cualquiera de estos factores o todos ellos pueden ocurrir a causa del proceso de la enfermedad, el envejecimiento, la debilitación o el tratamiento.

**a. Causas del estreñimiento en el paciente oncológico.**

<b>Medicamentos</b>	<p>Quimioterapia</p> <p>Opioides sedantes</p> <p>Fármacos colinérgicos</p> <p>Fenotiacinas</p> <p>Antiácidos</p> <p>Diuréticos</p> <p>Suplementos (hierro y calcio)</p> <p>Tranquilizantes</p> <p>Anestesia general y bloqueos pudendos</p>
<b>Régimen alimentario</b>	Ingestión insuficiente de líquidos.*
<b>Alteración de los hábitos intestinales</b>	<p>Ignorar repetidas veces el reflejo de defecación.</p> <p>Uso excesivo de laxantes, enemas o ambos.</p>
<b>Inmovilidad prolongada</b>	Lesión o compresión de la médula espinal, fracturas, fatiga, debilidad o inactividad.
<b>Trastornos intestinales</b>	Colon irritable, diverticulitis o tumor.*

<b>Trastornos neuromusculares</b>	<p>Lesiones neurológicas (tumores cerebrales).</p> <p>Lesión o compresión de la médula espinal.*</p> <p>Paraplejia.</p> <p>Accidente cerebrovascular con paresia.</p> <p>Debilidad de los músculos abdominales</p>
<b>Trastornos metabólicos</b>	<p>Hipotiroidismo e intoxicación por plomo.</p> <p>Uremia*</p> <p>Deshidratación*</p> <p>Hipercalcemia.*</p> <p>Hipocalcemia.</p> <p>Hiponatremia.</p>
<b>Depresión</b>	<p>Enfermedad crónica.</p> <p>Anorexia.</p> <p>Inmovilidad.</p> <p>Antidepresivos.</p>
<b>Atonía muscular</b>	<p>Desnutrición.</p> <p>Caquexia, anemia o carcinoma.*</p> <p>Senilidad.</p>
<b>Factores ambientales</b>	<p>Incapacidad para ir al baño sin ayuda.</p> <p>Ambiente desconocido o apresurado.</p>

	Calor excesivo que conduce a la deshidratación.
	Modificación de las costumbres en el baño (por ejemplo, uso de bacín).
	Falta de intimidad.
<b>Estenosis del lumen del colon</b>	Relacionado con la cicatrización de la radioterapia, anastomosis quirúrgica o compresión por el crecimiento de tumor extrínseco

**Tabla 8** obtenida de la web <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos/apoyo/complicacionesgastrointestinales/HealthProfessional/page>

#### b. Evaluación del estreñimiento

Un ritmo intestinal normal es aquel que tiene al menos tres evacuaciones a la semana y no más de tres diarias; sin embargo, este criterio podría no ser apropiado para los pacientes con cáncer.

El estreñimiento se deberá ver como un síntoma subjetivo que implica las quejas de una frecuencia menor con el pasaje incompleto de heces secas y duras. Una historia clínica detallada del patrón intestinal del paciente, modificaciones en el régimen alimentario y medicamentos junto con un examen físico pueden identificar las causas posibles de estreñimiento. El examen debe también incluir una evaluación de síntomas relacionados como distensión, flato, cólicos o llenura rectal. Siempre debe llevarse a cabo un tacto rectal para descartar la impactación fecal a la altura del recto. Para determinar una posible lesión intraluminal, sería útil hacer una prueba de sangre oculta. Las siguientes preguntas pueden proporcionar una guía útil de evaluación:

- ¿Qué se considera normal para el paciente en cuanto a la ( frecuencia, la cantidad y el horario)?
- ¿Cuándo fue la última evacuación intestinal? ¿Cuál fue la cantidad, la consistencia y el color? ¿Hubo evacuación de sangre con las heces?

- ¿Ha tenido el paciente algún malestar abdominal, cólicos, náusea o vómitos, dolor, gas excesivo o repleción rectal?
- ¿Usa el paciente laxantes o enemas con regularidad? ¿Qué hace ordinariamente el paciente para aliviar el estreñimiento? ¿Suele funcionar?
- ¿Qué tipo de regímenes alimentarios sigue el paciente? ¿Cuánto y qué tipo de líquidos toma regularmente?
- ¿Qué medicamento (dosis y frecuencia) está tomando el paciente?
- ¿Es este síntoma un cambio reciente?
- ¿Cuántas veces al día expulsa flatos?

El examen físico determinará la presencia o ausencia de ruidos intestinales, flato o distensión abdominal. En pacientes con colostomías se deberán evaluar también si existe estreñimiento. Se examinarán los hábitos alimentarios, la ingestión de líquidos, los índices de actividad y el uso de opioides. Se deberá vigilar la irrigación de la colostomía para asegurarse que se está usando la técnica apropiada.

CLASE	NOMBRE GENERICO	PRESENTACION
<b>LAXANTES OSMÓTICOS</b>	Lactulosa	Sol. Oral 240 ml 60g/100 ml
		Sol. Oral. 120 ml 66.7 g/100ml
<b>LAXANTES DE CONTACTO</b>	Glucósidos del Sen	Gragea 15 mg
		Comprimido 8.6 mg
		Comprimido 50 mg/8.6mg
	Bisacodilo	Comprimido de 5mg
		Supositorio de 5mg
		Sol. 240 ml en 1000mg
Fenoltaleina	Sol. 220ml/33.3 mg	
	Picosulfato de sodio	Capsula blanda 2.5 mg
<b>LAXANTES</b>	Glicerina	Supositorios 1.92 g

RECTALES			
MISCELANEOS	Fosfato de sodio monobásico		19g/118 ml
	Fosfato de sodio dibásico		7g/118ml
	Tartrato de sodio		Sol 350 ml 7.14g/100ml

**Tabla 9** obtenida de la web <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos/apoyo/complicacionesgastrointestinales/HealthProfessional/page>

### c. Manejo del estreñimiento.

El manejo integral del estreñimiento incluye la prevención (si es posible), la eliminación de los factores causantes y el uso concienzudo de laxantes. Se puede recomendar a algunos pacientes que aumenten el consumo de fibra en sus dietas (frutas; vegetales de hojas verdes; cereales integrales; pan; y salvado), así como aumentar la ingestión de líquidos diarios, media onza por cada libra de peso corporal (si no hay contraindicación por enfermedades renales o cardiopatías). Un estudio reciente que comprendió a pacientes geriátricos comparó la eficacia, el costo y la facilidad de administración de una mezcla natural laxante (pasas, grosellas, ciruelas, higos, dátiles y concentrado de ciruela) con protocolos que usan suavizadores de heces, lactulosa y otros laxantes. Los resultados indican costos más bajos, evacuaciones intestinales más naturales y regulares, y mayor facilidad de administración de los laxantes naturales. Aún cuando la generalización de estos hallazgos es limitada por el tamaño pequeño de la muestra, podría ser útil una mayor exploración de los laxantes naturales en las poblaciones de pacientes con cáncer.

### d. Evaluación

- Establecer el patrón y los hábitos intestinales normales del paciente: (hora del día para evacuaciones normales, consistencia, color y cantidad).

- Explorar la capacidad de entendimiento del paciente y el cumplimiento de las indicaciones relacionadas al nivel de ejercicio, la movilidad y dieta (ingestión de líquidos, frutas y fibras).
- Determinar el uso normal o acostumbrado de laxantes, estimulantes o enemas.
- Determinar los valores de laboratorio específicamente fijándose en el recuento de plaquetas.
- Llevar a cabo una evaluación física del recto (o el estoma) para descartar impactación.

La Intervención generalmente usada incluye (registrar las evacuaciones intestinales diariamente):

Animar al paciente a que aumente la ingestión de líquidos con la meta de tomar 8 vasos de ocho onzas (150-200 mL) de líquido diariamente, a menos que esté contraindicado.

Fomentar el ejercicio regular, incluyendo ejercicios abdominales en cama o movimientos de la cama a la silla, si el paciente no es ambulatorio.

Los expertos recomiendan a los adultos saludables la ingestión de 20-35 gramos de fibra (el consumo promedio es de 11 gramos). Aunque no existen recomendaciones específicas sobre el consumo de fibra para los pacientes de cáncer, también se les recomienda el aumentar el consumo de alimentos ricos en fibras diariamente, tales como frutas (p.ej., pasas, ciruelas, melocotones, manzanas), vegetales (p.ej., brócoli, zanahorias) granos enteros, cereales, pan y salvado. El aumento en el consumo de fibras debe ir acompañado de un aumento en el consumo de líquidos para evitar el estreñimiento. Las altas concentraciones de fibra están contraindicadas en aquellos pacientes con un alto riesgo de obstrucción intestinal como aquellos con un historial de estreñimiento intestinal o que acaban de someterse a una colostomía.

Dar una bebida tibia o caliente aproximadamente media hora antes de la hora usual del paciente para defecación.

Proporcionar intimidad y tranquilidad a la hora planeada o acostumbrada que tiene el paciente para defecar.

Proporcionar un inodoro cómodo al lado de la cama y aparatos apropiados de asistencia.

Empezar uno de los siguientes regímenes si el paciente no ha tenido una deposición en 3 días o el primer día en que cualquier paciente comience a tomar medicamentos relacionados con el estreñimiento: suavizantes de heces (p.ej., docusato sódico, 1-2 cápsulas al día). Para estreñimiento a causa de opiáceos, deben usarse suavizantes de heces en combinación con un laxante estimulante. No se recomienda el uso de sustancias que producen volumen en un régimen usado para contrarrestar el efecto de los opiáceos en el intestino.

Regímenes alternativos para estreñimiento en paciente oncológicos:

- ✓ 2 tabletas de Sen dos veces al día.
- ✓ 1 tableta de bisacodilo a la hora de acostarse leche de magnesia, 30 a 45 mL si no se logra movimiento intestinal 24 horas después de haber utilizado otros métodos. Si la cantidad de deposiciones todavía son inadecuadas, aumentar los suavizantes de heces hasta 6 cápsulas al día o hacer una preparación de sen (por ejemplo Senokot) gradualmente hasta un máximo de 8 tabletas (4 tabletas dos veces al día); el bisacodilo puede incrementarse gradualmente a 3 tabletas. Si la cantidad de deposiciones aún son inadecuadas, se pueden usar con precaución supositorios de glicerina o de bisacodilo o enemas. El tratamiento médico incluye la administración de laxantes salinos o químicos, supositorios, enemas, o agentes que aumentan el volumen.

Deben evitarse los agentes rectales en pacientes con cáncer que tienen riesgo de trombocitopenia, leucopenia y/o mucositis por el cáncer y su tratamiento. En el paciente con complicación inmunológica no deberá ocurrir manipulación del ano; es decir, no exámenes rectales, no supositorios y no enemas. Estas acciones pueden llevar al desarrollo de fisuras anales o abscesos los cuales son puertas de entrada para la infección. Tampoco debe manipularse la estoma de un paciente con neutropenia.

A menos que haya alteraciones en los patrones de las deposiciones (por ejemplo, obstrucción intestinal o diarrea), todos los pacientes que reciben opioides deben empezar con un régimen con laxantes intestinales y educarlos sobre el manejo del intestino. Laxante estimulante más un ablandador de heces

(por ejemplo, Senokot-S [8,6 mg sen más 50 mg de docusato]), dos tabletas por día y ajustar la dosis (nueve tabletas por día como máximo).

Asegurar la ingesta adecuada de líquidos, fibra alimentaria y de ejercicio, si fuera posible. Se puede considerar el jugo de ciruelas seguido de una bebida tibia.

Evaluar la posible causa del estreñimiento (por ejemplo, el aumento reciente de la dosis de un opioide, el uso de otros medicamentos para el estreñimiento o una nueva obstrucción intestinal).

Aumentar Senokot-S (o tabletas de sen y docusato, si se usan por separado), y una o ambas de las siguientes sustancias:

Leche de magnesia concentrada oral (1170/5 ml), 10 ml por boca 2 a 4 veces por día. Si no se obtiene una respuesta a lo mencionado anteriormente, se debe realizar un tacto rectal para descartar una obstrucción baja. Continuar los pasos mencionados anteriormente Y:

Si hay retención fecal: eliminar manualmente si las heces son suaves. Si no, suavizar con enema de aceite mineral antes de eliminar la obstrucción. Dar seguimiento con enemas de leche y melaza hasta que el intestino esté limpio, sin heces formadas.

Considerar el uso de analgésicos de rescate antes de desobstruir.

Si no hay retención fecal durante el examen rectal, el paciente todavía puede tener una retención fecal de grado más alto; si los antecedentes lo justifican, considerar una imagen abdominal o administrar un enema de leche y melaza con 8 oz de citrato de magnesio por vía oral. Considerar una consulta sobre el manejo intestinal.

Si el paciente es neutropénico o trombocitopénico, planear una consulta para el tratamiento intestinal.

Iniciar uno de los siguientes regímenes si el paciente no ha tenido una deposición en 3 días o el primer día en que el paciente comience a tomar medicamentos relacionados con el estreñimiento:



Ablandador de heces (es decir, docusato sódico, de una a dos cápsulas al día). Para el estreñimiento inducido por opioides, deben usarse ablandadores de heces en combinación con un laxante estimulante. No se recomienda el uso de laxantes de masa en un régimen para contrarrestar el efecto de los opioides en el intestino. Dos tabletas de una preparación de sen dos veces al día.

Una tableta de bisacodil a la hora de acostarse.

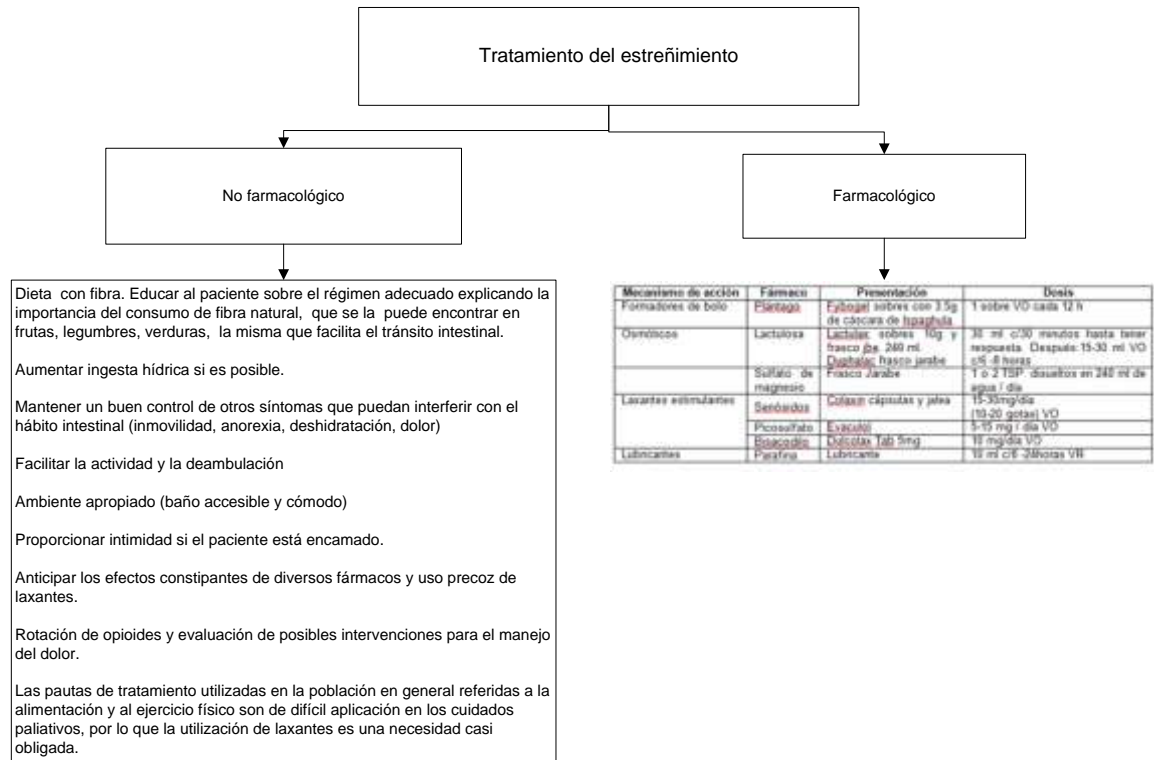
Leche de magnesia, de 30 a 45 ml si no se logra movimiento intestinal 24 horas después de utilizar otros métodos. Si la cantidad de deposiciones aun no es adecuada, aumentar los ablandadores de heces hasta seis cápsulas al día o una preparación de sen (por ejemplo, Senokot) gradualmente hasta un máximo de ocho tabletas (cuatro tabletas dos veces al día); el bisacodil puede incrementarse gradualmente a tres tabletas.

Si la cantidad de deposiciones es aún inadecuada, se deben emplear con precaución supositorios de glicerina o bisacodil o enemas (fosfato/bifosfato, retención de aceite o agua de la llave), especialmente en el paciente con neutropenia o trombocitopenia.

El tratamiento médico incluye la administración de laxantes salinos o químicos, supositorios, enemas, o fármacos que aumentan el volumen.

Deben evitarse los fármacos rectales en el paciente de cáncer que corre el riesgo de padecer de trombocitopenia, leucopenia o mucositis a causa del cáncer y su tratamiento. En el paciente inmunodeprimido no debe hacerse manipulación del ano, lo que significa no realizar exámenes rectales ni administrar supositorios o enemas. Estas medidas pueden llevar a fisuras anales o abscesos que son puertas de entrada para las infecciones. Tampoco debe manipularse el estoma de un paciente con neutropenia.

En resumen:



**Figura 10.** Obtenida la información para hacer este cuadro de Dávalos V., et al, Guía rápida de manejo de síntomas en cuidados paliativos 2012. Ediloja. 1era Edición. Guía que actualmente se encuentra en realización.

#### 4.3.1.1.6. Náusea y vómito

Aunque las náuseas y los vómitos por lo general se presentan al mismo tiempo, son padecimientos distintos.

##### a. Náusea.

La náusea es una sensación desagradable de la necesidad de vomitar, a menudo acompañado por síntomas autonómicos como la palidez, diaforesis, salivación y taquicardia. Esta sensación puede ocasionar vómitos o no ocasionarlos. Algunos términos que se usan para describir las náuseas son “tener el estómago revuelto”, “estar mareado” o “sentir mariposas en el estómago

## b. Vómito

Expulsión forzada del contenido gástrico o intestinal a través de la boca; través de un reflejo complejo que involucra las actividades coordinadas del tracto gastrointestinal, diafragma y músculos abdominales.

El mecanismo implicado en la aparición de las náuseas y vómitos es complejo e implica los sistemas nervioso y gastrointestinal. Puede producirse por estimulación directa del centro del vómito (alteraciones metabólicas, opioides), hipertensión endocraneal (tumores primarios o metastáticos), alteraciones gastrointestinales y vestibulares, etc. Muchos de los tratamientos utilizados en cuidados paliativos tienen como efectos secundarios náuseas y vómitos: analgésicos (AINE, opioides, etc), antidepresivos, neurolépticos, antibióticos y sobre todo la radioterapia y la quimioterapia. En muchas situaciones coexisten los dos mecanismos de acción. La quimioterapia puede ser un irritante de la mucosa digestiva y actuar directamente sobre el centro del vómito, por ejemplo.

## c. Etiología:

Intraperitoneales	Trastornos obstructivos
	Síndrome de arteria mesentérica superior
	Infecciones entéricas
	Enfermedades inflamatorias: colecistitis, pancreatitis, hepatitis, apendicitis
	Disfunción sensitivo-motora
	Dispepsia funcional
	Reflujo gastroesofágico
	Vómito funcional
	Estado ulterior a radiación abdominal
Extraperitoneales	Enfermedades cardiopulmonares
	Miocardopatía
	Enfermedades del laberinto: cinetosis, laberintitis
	Neoplasias
	Trastornos psiquiátricos
	Vómito en el posoperatorio
Farmacoterapia / trastornos metabólicos	Quimioterapéuticos antineoplásicos
	Antibióticos
	Antiarrítmicos
	Hipoglucemiantes orales
	Endocrinopatías/trastornos metabólicos
	Uremia
	Insuficiencia hepática
Insuficiencia suprarrenal	

**TABLA 10.** Obtenida la información para hacer este cuadro de Dávalos V., et al, Guía rápida de manejo de síntomas en cuidados paliativos 2012. Ediloja. 1era Edición. Guía que actualmente se encuentra en realización.

#### **d. Tratamiento:**

El enfoque terapéutico de la náusea y el vómito debe dirigirse a la solución del problema que los originó, sin olvidar que con frecuencia es multicausal.

La búsqueda debe dirigirse a detectar medicamentos con capacidad emetizante y a encontrar su relación con el inicio o cambio de la dosis de un medicamento. Se debe valorar si el paciente está estreñido, con obstrucción intestinal o sometido a olores que le sean desagradables como los que se originan en la preparación de alimentos, perfumes etc. Hay que descartar alteraciones sistémicas como sepsis, hipercalcemia, uremia y metástasis cerebrales entre otras.

Dentro de las medidas no farmacológicas se debe intentar tranquilizar al paciente para que disminuya su ansiedad y el miedo, garantizando la accesibilidad al equipo tratante y formando una red de apoyo con sus familiares, amigos cercanos y voluntarios. De ser posible, su sitio de descanso debe estar aislado de la cocina para evitar el olor de la preparación de los alimentos. Es importante recomendar a los familiares que no lo “obliguen” a comer, sino que le “ofrezcan” pequeñas cantidades de los alimentos que el paciente “desea”. Tampoco se deben mantener restos de alimentos alrededor del paciente cuando no los está consumiendo.

Se debe considerar el uso de laxantes o enemas en los pacientes con estreñimiento.

Además, es necesario mantener la higiene y la integridad de la cavidad oral.

Algunos autores recomiendan el uso de antieméticos en forma profiláctica antes de iniciar un estímulo potencialmente emetizante como el inicio o cambio de dosis de opioides, quimioterapia o radioterapia.

ORIGEN DE ESTIMULO	CAUSA	SOLUCION
<b>ZONA CORTICAL</b>	Olor a alimentos	Cambio de habitación
	Sabor a medicinas	Cambio de sabor, presentación o vía
	Presión familiar	Educación familiar
	Ansiedad	Benzodiacepinas
		Haloperidol
	Metoclopramida	
<b>ZONA GATILLO</b>	Alteraciones metabólicas	Metoclopramida
<b>(Dopamina- Serotonina)</b>	Medicamentos	Haloperidol
	Radioterapia	Ondansetron
<b>ZONA VESTIBULAR</b> <b>(Musacrino-colinérgico)</b>	Movimiento	Metoclopramida
		Hioscina
		Hidroxicina
		Haloperidol
<b>ZONA GASTROINTESTINAL</b>	Distensión	Metoclopramida(*)
	Inflamación	Hioscina
		Hidroxicina
		Haloperidol
	Obstrucción	Esteroides
Estreñimiento	Laxantes- enemas	

(\*) *La metoclopramida no está indicada en pacientes con obstrucción intestinal*

**Tabla 10.** Eructos, meteorismo y flatulencia, Cap. 6., disponible en la web en [[http://www.cmp.org.pe/documentos/librosLibres/tsmi/Cap6\\_Eructos\\_meteorismo\\_y\\_flatulencia.pdf](http://www.cmp.org.pe/documentos/librosLibres/tsmi/Cap6_Eructos_meteorismo_y_flatulencia.pdf)]. recuperado del a web en 2012-09-16.

De acuerdo a su mecanismo de acción principal se dividen en:

**e. Antieméticos anticolinérgicos**

Su principal representante es el butilbromuro de hioscina que actúa sobre los receptores de la acetilcolina al igual que la atropina. Produce efecto antiespasmódico sobre el tracto gastrointestinal y genitourinario. Está indicado en casos de vómito secundario, con obstrucción intestinal y de vómito secundario con síndrome vertiginoso. El principal problema asociado con estos agentes es el alto costo y la falta de evidencia de su efectividad en el manejo de la emesis y la náusea crónica, eficazmente controladas por quimioterapia. Sus efectos colaterales están relacionados con su efecto atropínico: visión borrosa, sequedad de la boca, sedación, estreñimiento y retención urinaria.

**DOSIS:** 0.5-1.5 mg/K repartido en dosis cada 4-8 horas.

**PRESENTACIÓN** comprimidos de 10mg y ampollas de 20mg.

**f. Antieméticos antiserotoninérgicos (5-HT<sub>3</sub>)**

*Ondansetrón:* Su biodisponibilidad oral es del 50-75% y su vida media es de 5,5 horas aunque no existe correlación entre los niveles plasmáticos y su efecto clínico.

Disminuye la motilidad del colon y puede producir cefalea leve y diarrea. Acelera el vaciamiento gástrico.

**DOSIS:** 8-32 mg/día.

**PRESENTACIÓN:** (Modifical) comprimidos de 4 y 8 mg y ampollas de 8 mg.

#### **g. Antieméticos antagonistas dopaminérgicos:**

Sus principales representantes son las fenotiacinas y las butirofenonas. Actúan sobre la zona gatillo quimiorreceptora. Las fenotiacinas tienen efecto neuroléptico y actúan bloqueando los receptores dopaminérgicos D2 en la zona gatillo quimiorreceptora. Los más usados son la proclorperacina y clorpromacina en dosis inferiores a las utilizadas como antipsicóticos. La clorpromacina es útil para el hipo y tenesmo rectal. Sus efectos indeseables son las reacciones extrapiramidales, sedación e hipotensión. Las butirofenonas también son neurolépticos e incluyen el haloperidol y el droperidol. El haloperidol alcanza su concentración máxima entre las 4 y 6 horas. Y su vida media es de 15 a 24 horas, por lo que se puede administrar una vez al día. Tiene efecto sobre la zona vestibular y la zona gatillo quimiorreceptora.

Sus efectos indeseables son las reacciones extrapiramidales, sedación e hipotensión.

**DOSIS:** 1-5 mg cada 12-24 horas.

**PRESENTACIÓN:** comprimidos de 5-10 mg y ampollas de 5 mg/ml. Gotas: 10 gotas equivalen a 1 mg.

#### **h. Metoclopramida**

Es una benzamida que tiene un efecto periférico al estimular la acción de la acetilcolina sobre el músculo liso intestinal, aumentando el tono del esfínter esofágico inferior y facilitando el vaciamiento gástrico, y un efecto central al bloquear los receptores de dopamina D2 en la zona gatillo quimiorreceptora. En dosis altas se obtiene el efecto antiserotoninérgico. Al atravesar la barrera hematoencefálica puede producir alteraciones extrapiramidales al bloquear los receptores D2, caracterizadas por distonias y disquinesias, que pueden mejorar con difenhidramina. Se absorbe bien por vía oral, pero en el paso hepático se reduce su biodisponibilidad en un 75%. Su vida media es de 1 a 2 horas, pero su efectividad se mantiene por 4 ó 6 horas

**DOSIS:** 0.5-2 mg/K.

**PRESENTACIÓN:** comprimidos de 10 mg, ampollas de 10 mg y gotas: 5gotas: 1 mg de jarabe (1 mg = 1 ml).

Por sus múltiples mecanismos de acción se destacan sus efectos procinético facilitador del vaciamiento gastrointestinal, dopaminérgico, antiserotoninérgico dosis dependiente- y por su bajo costo, la metoclopramida se considera el antiemético de elección en el vómito producido por diferentes causas, a excepción del secundario con obstrucción intestinal.

**i. Otros medicamentos que tienen efecto antiemético son**

*Antihistamínicos:* El más utilizado es la hidroxicina en tabletas de 25 mg cada 4 a 6 horas. Tiene efecto ansiolítico, antihistamínico, antiespasmódico y antiemético. Actúa en la zona gatillo quimiorreceptor y el centro del vomito.

*Corticoides:* Los más utilizados son la dexametasona y la metilprednisolona. Actúan por inhibición en la síntesis de prostaglandinas, disminución de la permeabilidad de la barrera hematoencefálica y disminución de los niveles de beta endorfina y vasopresina. Producen insomnio, alteraciones del humor y sensación de quemazón perineal.

*Benzodiazepinas:* Facilitan la acción del gaba, ejerciendo su efecto principalmente en el sistema límbico. Se usa en vómito con influencia cortical (olor, vista estrés): Las más utilizadas son midazolam, diazepam, lorazepam y alprazolam. Tienen efecto relajante, sedante ansiolítico y amnésico.

En los casos de náusea crónica sin causa tratable aparente, se puede utilizar haloperidol 2 a 15 mg./día solo o acompañado con un antihistamínico o un procinético.



Si el vómito es persistente, se pueden utilizar combinaciones de medicamentos de acuerdo a su mecanismo fisiopatológico, procurando que el mecanismo de acción de las sustancias utilizadas sea diferente.

En resumen La dexametasona, los antagonistas 5HT3 y metoclopramida son eficaces en la profilaxis de los vómitos en pacientes sometidos a quimioterapia o radioterapia.

Los antagonistas de 5HT3 y los corticoides son más eficaces que metoclopramida en la profilaxis de los vómitos de los pacientes sometidos a quimioterapia.

La combinación de dexametasona con antagonistas 5HT3 es más eficaz que la monoterapia en pacientes con riesgo bajo a moderado de emesis.

La combinación de aprepitant con dexametasona y antagonistas de 5HT3 es más eficaz que la combinación de estos dos últimos en la profilaxis de las náuseas y vómitos en pacientes con quimioterapia con elevado riesgo de emesis.

Dexametasona (4-8 mg/12 horas), metoclopramida (5-10 mg/8 horas) o domperidona (20 mg/6 horas), y la combinación de dexametasona con cualquiera de los anteriores son eficaces en el tratamiento de los vómitos irruptivos tras tratamiento con quimioterapia o radioterapia.

Fuera del contexto de los pacientes tratados con quimioterapia o radioterapia, metoclopramida es eficaz en el tratamiento de las náuseas y vómitos en la fase final de la vida.

Haloperidol produce mejoría de las náuseas y vómitos.

Los antihistamínicos alivian las náuseas y vómitos producidos por alteraciones vestibulares.

Las terapias de modificación de conducta son útiles en las náuseas y vómitos anticipatorios.

Las benzodiazepinas (alprazolam y lorazepam), añadidas al tratamiento con antieméticos y al apoyo psicológico, son eficaces en las náuseas y vómitos anticipatorios.

**j. Recomendaciones:**

- El tratamiento de las náuseas y vómitos en el paciente en el final de la vida requiere una valoración cuidadosa de la etiología y factores implicados (hipertensión endocraneal por invasión tumoral, trastornos metabólicos, fármacos, afectación visceral, etc.) para poder realizar un tratamiento individualizado.
- En los pacientes que reciben quimioterapia o radioterapia, la profilaxis de las náuseas y vómitos debería basarse en el riesgo de emesis.
- En los vómitos inducidos por quimioterapia con moderado o bajo riesgo de emesis se recomienda la asociación de antagonistas de 5HT<sub>3</sub> (como ondansetrón) y corticoides.
- En los vómitos inducidos por quimioterapia con alto riesgo de emesis se recomienda la asociación de antagonistas de 5HT<sub>3</sub>, corticoides y aprepitant.
- En los vómitos irruptivos tras el tratamiento con quimioterapia o radioterapia pueden utilizarse los corticoides, domperidona, metoclopramida o combinaciones de corticoides con metoclopramida o domperidona, dependiendo de la intensidad de los síntomas.
- Metoclopramida es el tratamiento de elección en los pacientes con náuseas y vómitos sin relación con la quimioterapia o la radioterapia. Los antagonistas de 5HT<sub>3</sub> pueden añadirse a la terapia convencional en caso de escaso control de síntomas.
- En los vómitos anticipatorios puede utilizarse la psicoterapia mediante técnica conductuales. Alprazolam y lorazepam pueden utilizarse como terapia añadida al consejo y a la psicoterapia.

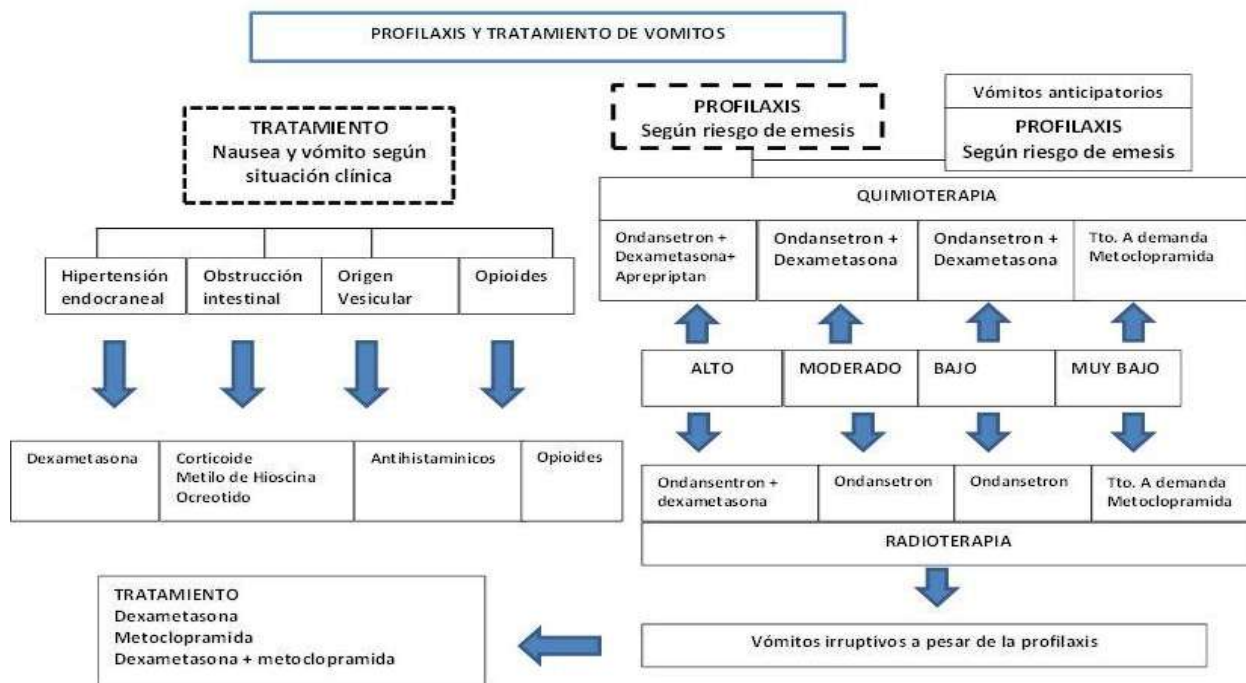


Figura 11. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco (2008). Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Recuperado de la web de guiasalud.es: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_428\\_Paliativos\\_Osteba\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_428_Paliativos_Osteba_compl.pdf)

#### 4.3.1.1.7. Distensión abdominal (Meteorismo)

La distensión o hinchazón abdominal constituye un cuadro clínico muy frecuente en la clínica médica, pudiendo representar la forma de presentación de una enfermedad localizada en el abdomen o general, con repercusión abdominal.

La presencia de gases en la luz del tubo digestivo puede, en muchos casos, producir una importante distensión del abdomen.

La dificultad para respirar es un síntoma bastante común en las personas con acumulación de líquidos en el abdomen, ya que puede existir un pasaje de líquidos hacia el tórax por las comunicaciones que existen entre ambas cavidades.

Los tumores prominentes y la presencia de líquido en el abdomen pueden aumentar la presión en dicha cavidad, ocasionando una sensación de quemazón o ardor detrás del esternón por el reflujo del contenido del estómago al esófago y elevación del diafragma, con dificultad para respirar y aumento de la frecuencia respiratoria.

El dolor no es común que se presente en la distensión abdominal, pero cuando lo hace es por el compromiso de algún órgano como el bazo o el hígado, peritonitis o pancreatitis.

#### **a. Diagnóstico**

El examen clínico cuidadoso y exhaustivo orienta en la mayoría de los casos a la sospecha sobre las posibles causas de la distensión.

Los pacientes que manifiestan exceso de gases experimentan una multiplicidad de síntomas, entre ellos dolor abdominal, meteorismo, halitosis, eructos, anorexia, saciedad o llenura temprana, náuseas, borborismo intenso y estreñimiento.

Deberá investigarse la presencia de datos que excluyan o sugieran una causa orgánica.

El alivio de los síntomas con la defecación o la expulsión de gases son sugestivos de un trastorno funcional, esto suele reforzarse con la ausencia de síntomas que despierten al paciente por las noches.

Contrariamente, la presencia de vómito, fiebre, pérdida de peso, diarrea nocturna, esteatorrea y rectorragia señalan la probabilidad de enfermedad orgánica.

Es importante determinar la presencia de otras infecciones médicas que predisponen a la proliferación bacteriana en la anamnesis al paciente, debiendo investigarse de manera especial sobre empleo de medicamentos que retrasan el tránsito gastrointestinal.

Ciertos trastornos presentes en la mala absorción de carbohidratos (Ej: la deficiencia de lactosa) son hereditarios y más preponderantes en algunos grupos étnicos

## **b. Tratamiento**

El tratamiento de elección va a estar determinado por la causa desencadenante del cuadro abdominal. Para ello, la realización de una historia clínica y examen físico adecuado es muy importante para no comenzar un tratamiento ante la sospecha de una causa de la distensión abdominal que posteriormente resulte no serlo al realizar estudios más complejos. Esto podría empeorar el estado general de la persona enferma. Como se ha podido revisar la multiplicidad de situaciones, tanto orgánicas como funcionales implicada en la generación de este cuadro clínico, hace que el tratamiento se oriente a la corrección de la causa específica

Definida la obstrucción como causa, ella requerirá la corrección por medios quirúrgicos.

Algunos trastornos de la motilidad podrán mejorar con medicación procinéticas y/o evitando medicación que esté originando dicha alteración.

La deficiencia de lactosa, se controlará mediante la exclusión de la lactosa de la dieta o complementando con lactas a exógena.

En casos de reflujo gastroesofágico, con pirosis concomitante, deberán recibir medicación que disminuyan la producción de ácidos y los cuidados generales y dietéticos.

La presencia de parásitos como: giardiasis o strongyloidiasis u otras parasitosis requerirán el tratamiento correspondiente en cada caso. Si se comprueba proliferación bacteriana, está indicado la antibioticoterapia oral y la corrección de la situación que la está originando.

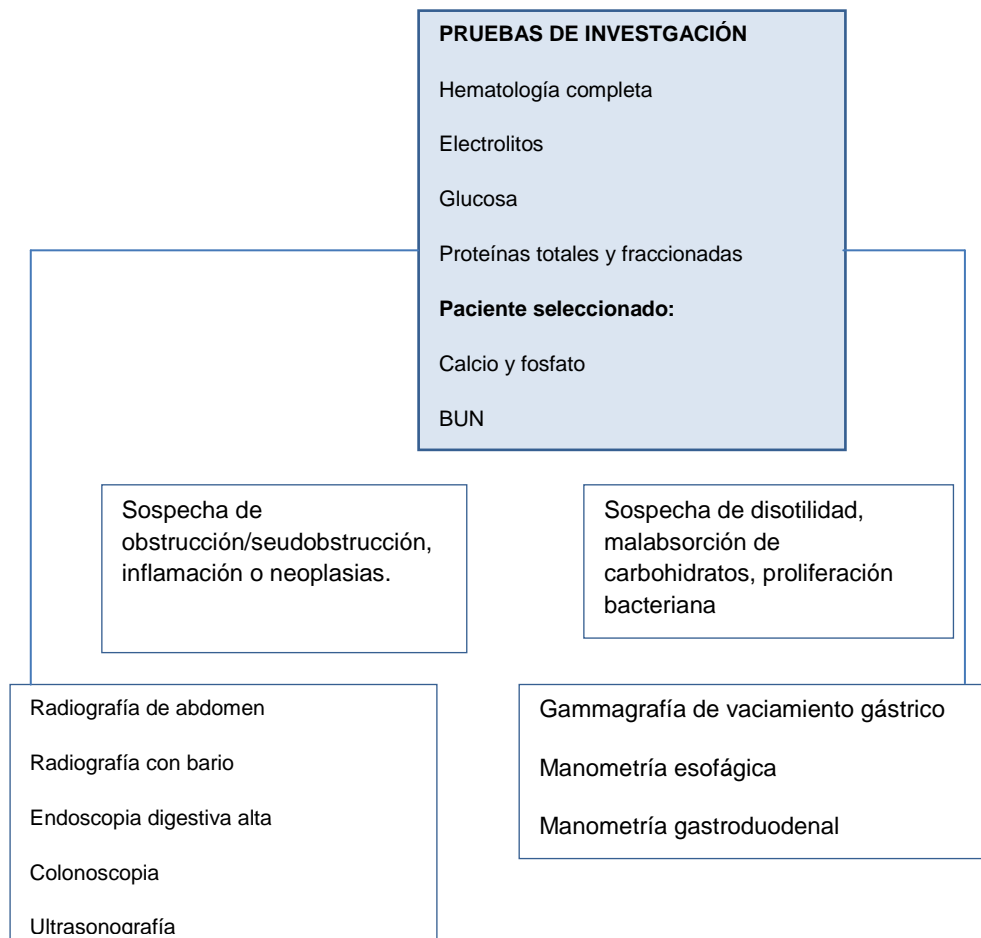
En el caso de pacientes que se quejan de excesos de gases y no se encuentra un trastorno que pueda definirse después de los estudios de diagnóstico apropiados, se hará todo lo posible por disminuir la producción intestinal de gas y regular la función intestinal.

La aerofagia puede controlarse suprimiendo los hábitos de masticar chicle y fumar o masticar tabaco y modificar la ingestión rápida de alimentos.

En algunas personas, será de utilidad la restricción dietética de leguminosas, frutas, bebidas endulzadas y chicles de dieta y carbohidratos complejos.

Los pacientes con estreñimiento pueden observar menos síntomas por gases, cuando se adopta un régimen de laxantes osmóticos con complementación de fibras, en estos casos podría no ser conveniente la ingestión de azúcares de difícil absorción como lactulosa y el sorbitol.

La simeticona cambia la elasticidad de las burbujas de gas intraluminal cubierta de moco, lo que hace que entren en coalescencia; son escasos los datos a favor de su empleo en el paciente que se queja de exceso de gas.



**Tabla 11.** Eructos, meteorismo y flatulencia, Cap. 6., disponible en la web en [[http://www.cmp.org.pe/documentos/librosLibres/tsmi/Cap6\\_Eructos\\_meteorismo\\_y\\_flatulencia.pdf](http://www.cmp.org.pe/documentos/librosLibres/tsmi/Cap6_Eructos_meteorismo_y_flatulencia.pdf)]. recuperado del a web en 2012-09-

## 5. METODOLOGÍA

### 5.1. Tipo de estudio

Descriptivo, pues a través de éste se recogieron los datos ya existentes en las historias clínicas de pacientes que fueron hospitalizados, así como también se obtuvo información directamente de entrevistas realizadas a la población en estudio.

### 5.2. Universo

Pacientes con diagnósticos oncológico, hospitalizados en SOLCA, Loja durante el espacio de tiempo comprendido entre julio – diciembre 2010

### 5.3. Muestra

Pacientes con diagnóstico oncológico con enfermedad avanzada y/o en etapa terminal que hayan sido hospitalizados en SOLCA-Loja, en el periodo Julio Diciembre 2010.

### 5.4. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR
Síntomas y Signos	<p>Manifestación subjetiva de enfermedad, es decir la percibida exclusivamente por el paciente y que el médico puede descubrir solo por el interrogatorio.</p> <p>Manifestación objetiva de enfermedad, descubierta por el médico mediante el examen físico o los métodos complementarios de diagnóstico.</p>	Disnea	Sí ( ) No ( )
		Hipo	Sí ( ) No ( )
		Tos	Sí ( ) No ( )
		Hemoptisis	Sí ( ) No ( )
		Estridor	Sí ( ) No ( )
		Naúseas	Sí ( ) No ( )
		Vómito	Sí ( ) No ( )
		Obstrucción intestinal	Sí ( ) No ( )
		Diarrea	Sí ( ) No ( )
		Anorexia	Sí ( ) No ( )
		Caquexia	Sí ( ) No ( )
		Depresión	Sí ( ) No ( )
		Ansiedad	Sí ( ) No ( )
Confusión	Sí ( ) No ( )		
Delirium	Sí ( ) No ( )		

<b>Diagnóstico oncológico</b>	Diagnósticos clínicos que tienen como característica común un crecimiento incontrolado de las células, que poseen la propiedad de invadir, destruir y reemplazar progresivamente los órganos y tejidos vecinos, así como de esparcirse al ser arrastradas por la sangre o corriente linfática y anidar en lugares lejanos al foco de origen.	<b>Enfermedad Oncológica en etapa terminal</b>	<b>Sí ( ) No ( )</b>
<b>Sexo</b>	Condición orgánica masculina o femenina.	<b>Masculino</b> <b>Femenino</b>	<b>Sí ( ) No ( )</b> <b>Sí ( ) No ( )</b>
<b>Edad</b>	Tiempo de existencia desde el nacimiento	<b>Grupo etario Según la OMS</b>  0-4 5-19 20-64 65 y +	<b>Edad del paciente</b>
<b>Nivel de instrucción</b>	Años de estudio que ha cursado una persona.	<b>PRIMARIA</b>  • <b>Completa</b> • <b>Incompleta</b>  <b>SECUNDARIA</b>  • <b>Completa</b> • <b>Incompleta</b>  <b>SUPERIOR</b>  • <b>Completa</b> • <b>Incompleta</b>	<b>Sí ( ) No ( )</b> <b>Sí ( ) No ( )</b>  <b>Sí ( ) No ( )</b>  <b>Sí ( ) No ( )</b>  <b>Sí ( ) No ( )</b>  <b>Sí ( ) No ( )</b>
<b>Manejo clínico</b>	Tratamiento dirigido a una patología específica en específico.	<b>Recibe tratamiento clínico</b>	<b>Sí ( ) No ( )</b>



<b>Criterios de Inclusión</b>	<b>Criterios de Exclusión</b>
Pacientes con diagnóstico oncológico y en etapa terminal, hospitalizados en SOLCA-Loja, en el período mayo 2010-octubre 2010.	Pacientes con enfermedades agudas. Pacientes no oncológicos, con deficiencias mentales y de comunicación Pacientes psiquiátricos Pacientes con enfermedades congénitas y deficiencias neurológicas

## **5.5. Área de investigación**

Hospital de la Sociedad de Lucha Contra elCáncer-Loja. SOLCA.

## **5.6. Métodos y técnicas de recolección de datos**

5.6.1. Ficha de observación: en la que se recolectaron los datos obtenidos de las historias clínicas de cada paciente.

5.6.2. Encuesta: dirigida a pacientes y familiares para determinar los diferentes síntomas que presentan los pacientes.

5.6.3. Entrevista dirigida al director de la institución de salud para determinar la situación actual de oferta de servicios de cuidados paliativos para los pacientes involucrados.

## **5.7. Recursos**

### **5.7.1. Humanos**

- Directora de Tesis: Dra. Viviana Dávalos
- Tesistas: Santiago Andrés Guzmán García.  
Andrea Del Cisne Luna Herrera.
- Pacientes en estudio
- Familiares de pacientes en estudio

### **5.7.2. Equipos**

<b>EQUIPOS, MATERIALES E INSTALACIONES</b>	<b>DISPONIBILIDAD</b>
Computador, con programas estadísticos	Propio
Sistema médico de SOLCA	Hospital SOLCA
Internet	UTPL

## **5.8. Procedimiento**

Para cumplir los objetivos planteados en la presente investigación, en primer lugar nos remitimos al archivo del hospital SOLCA-Loja, de donde recabamos la información concerniente a signos y síntomas de los pacientes oncológicos en etapa terminal hospitalizados en SOLCA-Loja, durante el espacio de tiempo antes establecido. Los tesisistas acudimos a éste centro hospitalario cada semana del periodo en mención, para obtener la información concerniente a los pacientes, así como también para dirigir las encuestas tanto a los pacientes como sus familiares, con el fin de conseguir datos para cumplir los objetivos de nuestro estudio.

Además se realizó una entrevista con el director de la institución de salud para determinar la situación actual de oferta de servicios de cuidados paliativos para los pacientes involucrados.

Una vez recolectada la información se ingresó en una base de datos para la tabulación y análisis estadístico. Con esta información se diseñará una propuesta para la creación de una Unidad de Cuidados Paliativos en la UTP.

## **5.9. Plan de tabulación y análisis**

Se utilizó programas como EpiInfo y Excel 2005.

## 6. RESULTADOS

### 6.1. Resultado 1

#### Porcentaje del sexo de pacientes.

TABLA NO.1

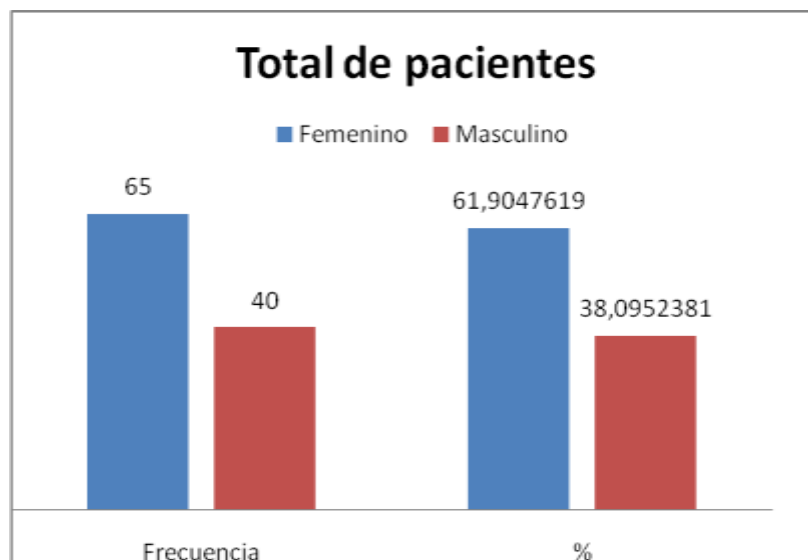
Sexo de los pacientes en enfermedad terminal

Sexo	f	%
Femenino	65	61,90
Masculino	40	38,10
<b>TOTAL</b>	<b>105</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas y sistema de datos del Hospital Solca Loja.

Realizado: Autores

GRÁFICO NO.1



Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas y sistema de datos del Hospital Solca Loja.

Realizado: Autores

De un estudio de 105 pacientes con diagnóstico oncológico en etapa terminal y/o en enfermedad avanzada, se obtuvieron los siguientes resultados: el 61.9% de

los pacientes fueron de sexo femenino y 38.1% de los pacientes fueron de sexo masculino.

## 6.2. Resultado 2

### Porcentaje de la edad de los pacientes según el grupo etario.

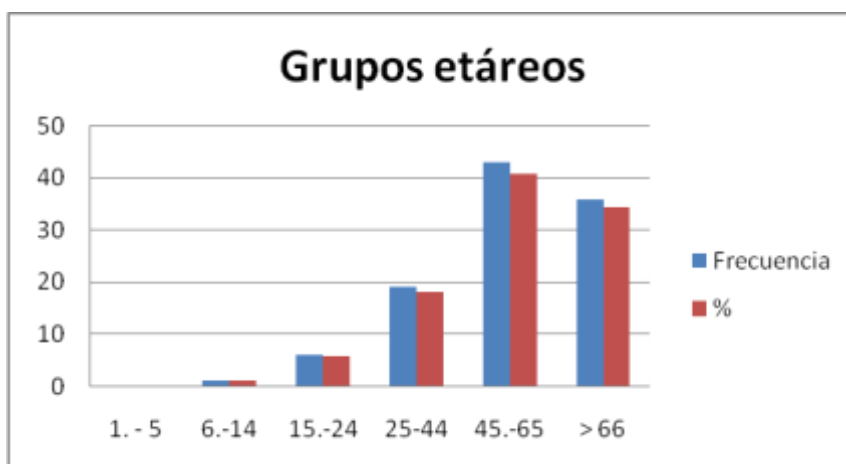
TABLA NO.2

EDAD (años)	f	%
1. - 5	0	0,00
6.-14	1	0,95
15.-24	6	5,71
25-44	19	18,10
45.-65	43	40,95
> 66	36	34,29
<b>TOTAL</b>	105	100,00

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas y sistema de datos del Hospital Solca Loja.

Realizado: Autores

GRÁFICO NO.2



Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas y sistema de datos del Hospital Solca Loja.

Realizado: Autores

De un estudio de 105 pacientes con diagnóstico oncológico en etapa terminal y/o en enfermedad avanzada, cuyos rangos de edad fluctúan entre: 6-14 años el 0.95%, 15-24 años el 5.71%, 25-44 años el 18.10%, 45-65 años el 40.95%, y mayor a 66 años el 34.29%

### 6.3. Resultado 3

#### Porcentaje signos de sexo masculino, sexo femenino y en total.

TABLA NO.3

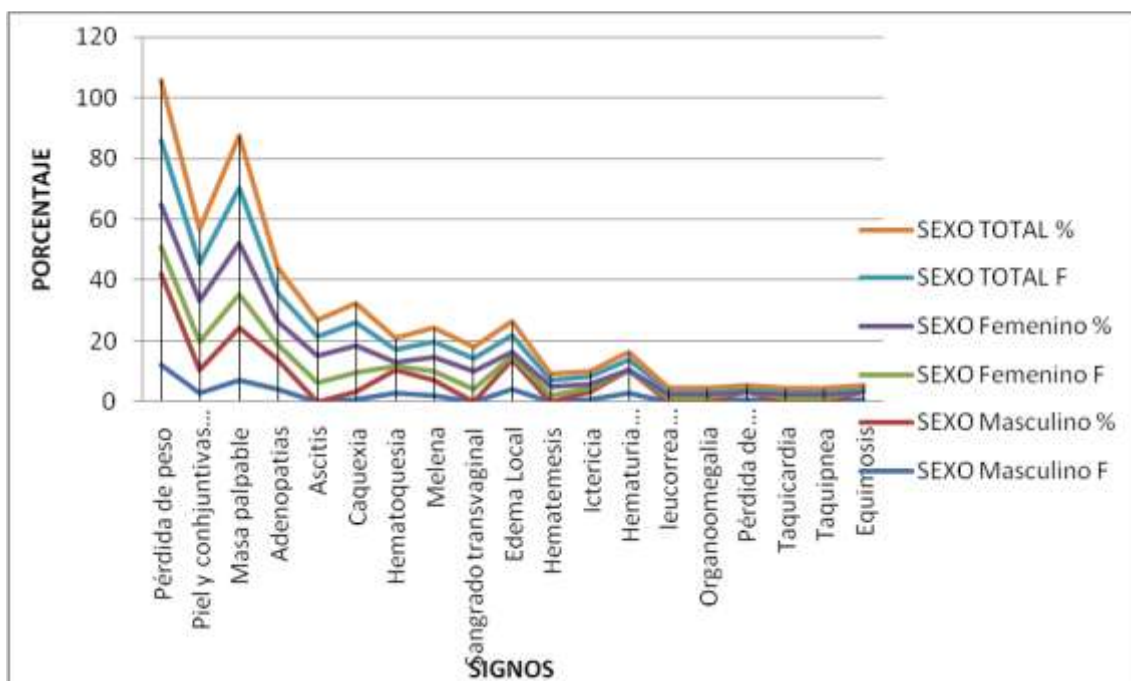
Signos más comunes en los pacientes en enfermedad terminal

SIGNOS	SEXO					
	Masculino		Femenino		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Pérdida de peso	12	30,0	9	13,85	21	20,0
Piel y conjuntivas pálidas	3	7,5	9	13,85	12	11,4
Masa palpable	7	17,5	11	16,92	18	17,1
Adenopatías	4	10,0	5	7,69	9	8,6
Ascitis	0	0,0	6	9,23	6	5,7
Caquexia	1	2,5	6	9,23	7	6,7
Hematoquesia	3	7,5	1	1,54	4	3,8
Melena	2	5,0	3	4,62	5	4,8
Sangrado transvaginal	0	0,0	4	6,15	4	3,8
Edema Local	4	10,0	1	1,54	5	4,8
Hematemesis	0	0,0	2	3,08	2	1,9
Ictericia	1	2,5	1	1,54	2	1,9
Hematuria macroscópica	3	7,5	0	0,00	3	2,9
leucorrea sanguinolenta	0	0,0	1	1,54	1	1,0
Organomegalia	0	0,0	1	1,54	1	1,0
Pérdida de sensibilidad en miembros	1	2,5	0	0,00	1	1,0
Taquicardia	0	0,0	1	1,54	1	1,0
Taquipnea	0	0,0	1	1,54	1	1,0
Equimosis	1	2,5	0	0,00	1	1,0

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas y sistema de datos del Hospital Solca Loja. Realizado: Autores

GRÁFICO NO.3

Signos más comunes en los pacientes con enfermedad terminal



Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas y sistema de datos del Hospital Solca Loja.

Realizado: Autores

De un total de 105 pacientes investigados, de los cuales 65 pacientes fueron de sexo femenino y 40 de sexo masculino, obtuvimos los siguientes resultados: 12 pacientes que corresponden al 30% presentaron pérdida de peso; 7 pacientes que corresponden al 17.5%: masa palpable; 4 pacientes adenopatías y 4 edema local que corresponden al 10% respectivamente; piel y conjuntivas pálidas, hematoquesia y hematuria macroscópica se presentaron en 3 pacientes cada una que corresponden al 7.5% respectivamente; un paciente cada uno presento caquexia, ictericia, pérdida de sensibilidad y equimosis que corresponde al 2.5%. De un total de 65 pacientes femeninas, se obtuvo los siguientes resultados en cuanto a signos: masa palpable: 11 pacientes que corresponde al 16.92%; 9 pacientes pérdida de peso, 9 pacientes piel y conjuntivas pálidas, cada uno correspondiente al 13.85%; caquexia en 6 pacientes corresponde a 9.23%;

adenopatías en 5 pacientes corresponde a 7.69%; ascitis 6 pacientes 9.23%, sangrado transvaginal 4 pacientes cada una corresponde a 6.15%; melena 3 pacientes corresponde a 4.62%; hematemesis 2 que corresponde a 3.08%; hematoquesia, edema, ictericia, leucorrea y organomegalia, taquicardia, taquipnea, cada uno con un paciente que corresponde a 1.54% cada uno, Los principales signos en relación al total de pacientes fueron: pérdida de peso 20%, masa palpable 17.1%, piel y conjuntivas pálidas el 11.4 %, adenopatías el 8.6%, caquexia el 6.7%, ascitis 5.7%, edema local y melena el 4.8%, hematoquesia, y sangrado transvaginal el 3.8%, hematuria macroscópica el 2.9%, hematemesis e ictericia el 1.9%, respectivamente, leucorrea, organomegalia, pérdida de sensibilidad, taquicardia, taquipnea, equimosis 1% respectivamente



#### 6.4. Resultado 4

#### Porcentaje síntomas de sexo masculino, sexo femenino y en total.

TABLA NO.4

Signos más comunes en los pacientes en enfermedad terminal

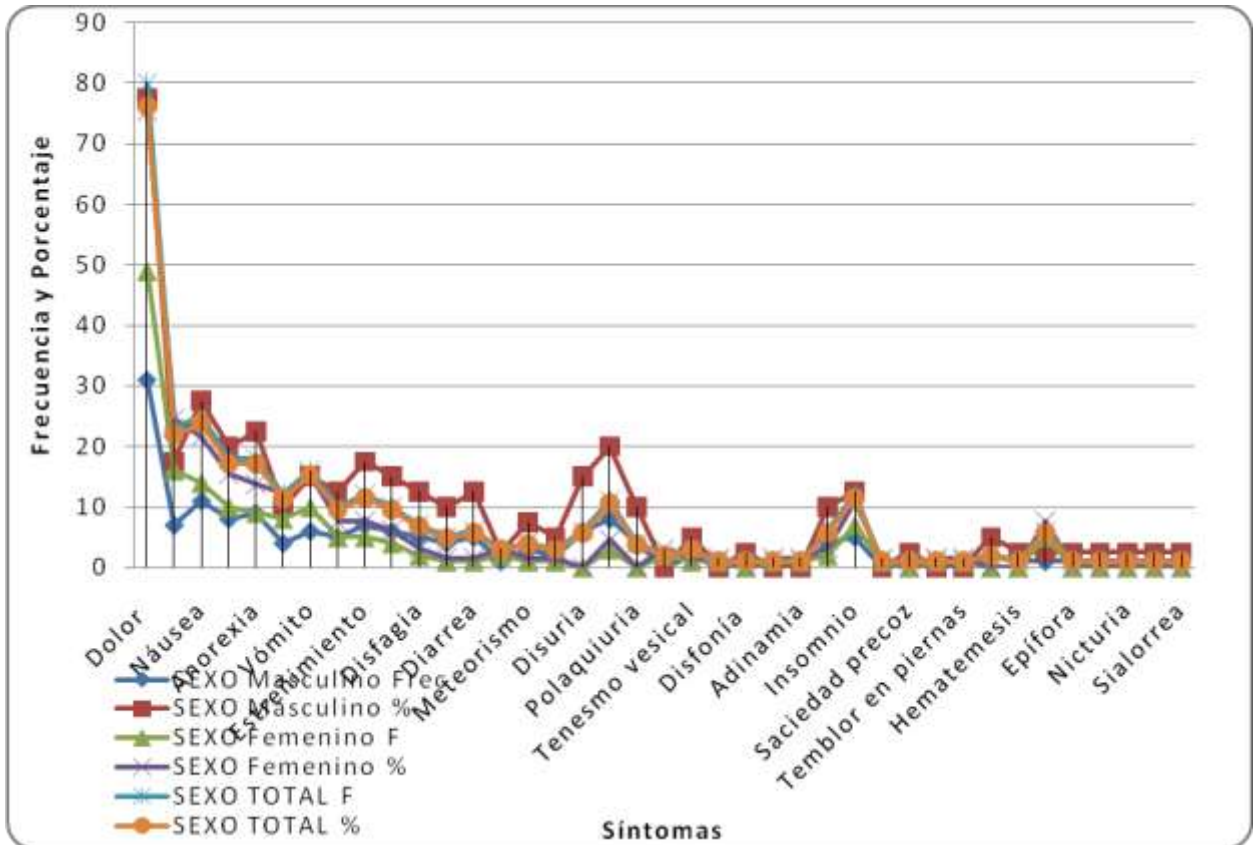
SINTOMAS	SEXO					
	Masculino		Femenino		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Dolor	31	77,5	49	75,3	80	76,1
Malestar general	7	17,5	16	24,6	23	21,9
Náusea	11	27,5	14	21,5	25	23,8
Astenia	8	20,0	10	15,3	18	17,1
Anorexia	9	22,5	9	13,8	18	17,1
Depresión	4	10,0	8	12,3	12	11,4
Vómito	6	15,0	10	15,3	16	15,2
Distensión abdominal	5	12,5	5	7,69	10	9,52
Estreñimiento	7	17,5	5	7,69	12	11,4
Disnea	6	15,0	4	6,15	10	9,52
Disfagia	5	12,5	2	3,08	7	6,67
Diaforesis	4	10,0	1	1,54	5	4,76
Diarrea	5	12,5	1	1,54	6	5,71
Dispepsia	1	2,50	2	3,08	3	2,86
Meteorismo	3	7,50	1	1,54	4	3,81
Retención urinaria	2	5,00	1	1,54	3	2,86
Disuria	6	15,0	0	0,00	6	5,71
Hiporexia	8	20,0	3	4,6	11	10,4
Polaquiuria	4	10,0	0	0,00	4	3,81
Regurgitación	0	0,00	2	3,08	2	1,90
Tenesmo vesical	2	5,00	1	1,54	3	2,86
Amenorrea	0	0,00	1	1,54	1	0,95
Disfonía	1	2,50	0	0,00	1	0,95
Escalofrío	0	0,00	1	1,54	1	0,95
Adinamia	0	0,00	1	1,54	1	0,95
Fiebre	4	10,0	2	3,08	6	5,71
Insomnio	5	12,50	7	10,77	12	11,43
Pirosis	0	0,00	1	1,54	1	0,95
Saciedad precoz	1	2,50	0	0,00	1	0,95
Sed	0	0,00	1	1,54	1	0,95
Temblor en piernas	0	0,00	1	1,54	1	0,95
Hemoptisis	2	5,00	0	0,00	2	1,90
Hematemesis	1	2,50	0	0,00	1	0,95
Tos con expectoración no sanguinolenta	1	2,50	5	7,69	6	5,71
Epífora	1	2,50	0	0,00	1	0,95
Sensación de frío	1	2,50	0	0,00	1	0,95
Nicturia	1	2,50	0	0,00	1	0,95
Rectorragia	1	2,50	0	0,00	1	0,95
Sialorrea	1	2,50	0	0,00	1	0,95

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas y sistema de datos del Hospital Solca Loja.

Realizado: Autores

GRAFICO NO.4

Signos más comunes en los pacientes en enfermedad terminal



Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas y sistema de datos del Hospital Solca Loja.

Realizado: Autores

Los principales síntomas en relación al total de pacientes de sexo masculino fueron: dolor 77.50%, náusea 27.5%, anorexia con 22.50%, hiporexia y astenia 20% cada uno, malestar general 17.50 %, el resto corresponde a vómito, disnea, disuria, distensión abdominal, insomnio y otros. Los principales síntomas en relación al total de pacientes de sexo femenino fueron: dolor 75.38%, malestar general 24.62 %, náusea 21.54%, astenia y vómito 15.38% cada uno, anorexia 13.85%, el resto corresponde a depresión insomnio distensión abdominal, estreñimiento, disnea y otros. Los principales síntomas en relación al total de pacientes fueron: dolor 76.19%, náuseas 23.81%, malestar general 21.90%, astenia y anorexia 17.14%, vómito 15.24%, depresión, estreñimiento, insomnio 11.43% cada uno, hiporexia 10.48%disnea y distensión abdominal

9,52%, disfagia 6.67%, diarrea, disuria, fiebre, tos con expectoración 5.71% cada uno, diaforesis 4.76% cada uno, polaquiuria 3.81%, dispepsia, meteorismo, retención urinaria, tenesmo vesical 2.86% cada uno, regurgitación y hemoptisis 1,90% cada uno. Y finalmente. amenorrea, disfonía, escalofríos, adinamia, lumbalgia, pirosis, saciedad precoz, sed, temblor de miembros, hematemesis, epífora, sensación de frío, nicturia, rectorragia, sialorrea 0.95% cada uno.

## 6.5. Resultado 5

### SIGNOS Y SINTOMAS POR GRUPOS DE EDAD

GRUPO ETAREO 1-5 AÑOS (NO SE LOGRO RECOGER INFORMACION DE ESTE GRUPO DE EDAD)

GRUPO ETAREO 6-14 AÑOS

TABLA N° 5

GRUPO ETAREO 6-14 AÑOS	Frecuencia	%
Dolor	1	100

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas y sistema de datos del Hospital Solca Loja.

Realizado: Autores

GRAFICO N° 5



Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas y sistema de datos del Hospital Solca Loja.

Realizado: Autores

Durante nuestro proceso de investigación, no se registraron pacientes oncológicos con edades comprendidas entre 1 a 5 años, y 1 entre los 6 y 14 años de edad que presentó dolor.

## 6.6. Resultado 6

### GRUPO ETÁREO 15-24 AÑOS:

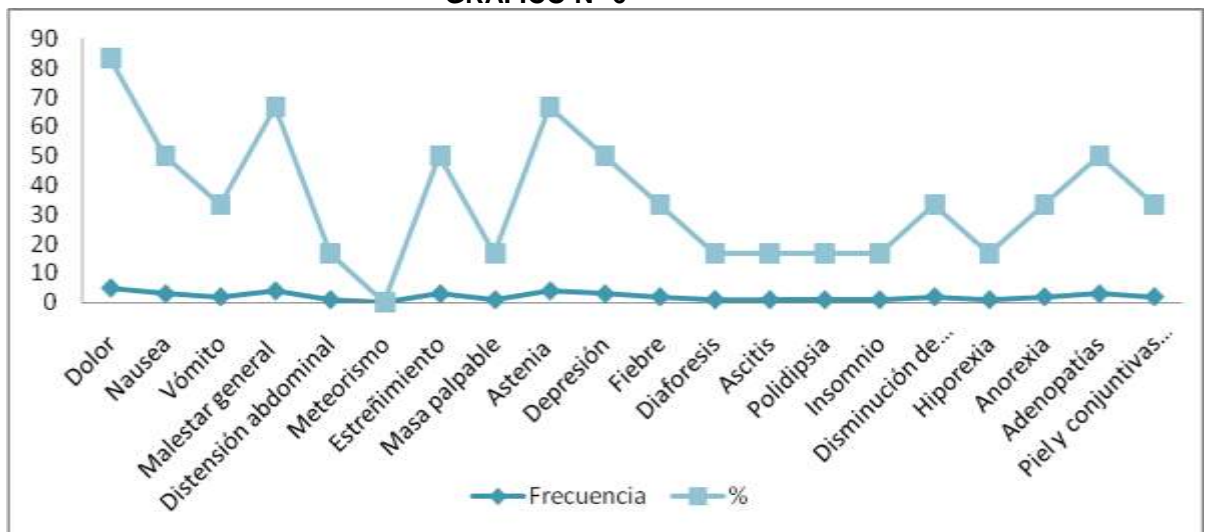
**TABLA N° 6**

GRUPO ETAREO 15-24 AÑOS	Frecuencia	%
Dolor	5	83,3
Malestar general	4	66,7
Astenia	4	66,7
Nausea	3	50
Estreñimiento	3	50
Depresión	3	50
Adenopatías	3	50
Vómito	2	33,3
Fiebre	2	33,3
Disminución de sensibilidad en extremidades	2	33,3
Anorexia	2	33,3
Piel y conjuntivas pálidas	2	33,3
Distensión abdominal	1	16,7
Masa palpable	1	16,7
Diaforesis	1	16,7
Ascitis	1	16,7
Polidipsia	1	16,7
Insomnio	1	16,7
Hiporexia	1	16,7
Meteorismo	0	0

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas y sistema de datos del Hospital Solca Loja.

Realizado: Autores

GRAFICO N° 6



Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas y sistema de datos del Hospital Solca Loja.

Realizado: Autores

En el grupo de edad comprendido entre los 15 y 24 años de edad, el 83, 3% de los pacientes, presentaron dolor como síntoma predominante, seguido por malestar general y astenia en un 66.7% cada uno, náuseas, estreñimiento, depresión y adenopatías en un 50% respectivamente; vómito y fiebre en 33.3% de los casos.

## 6.7. Resultado 7

### GRUPO ETAREO 25-44 AÑOS

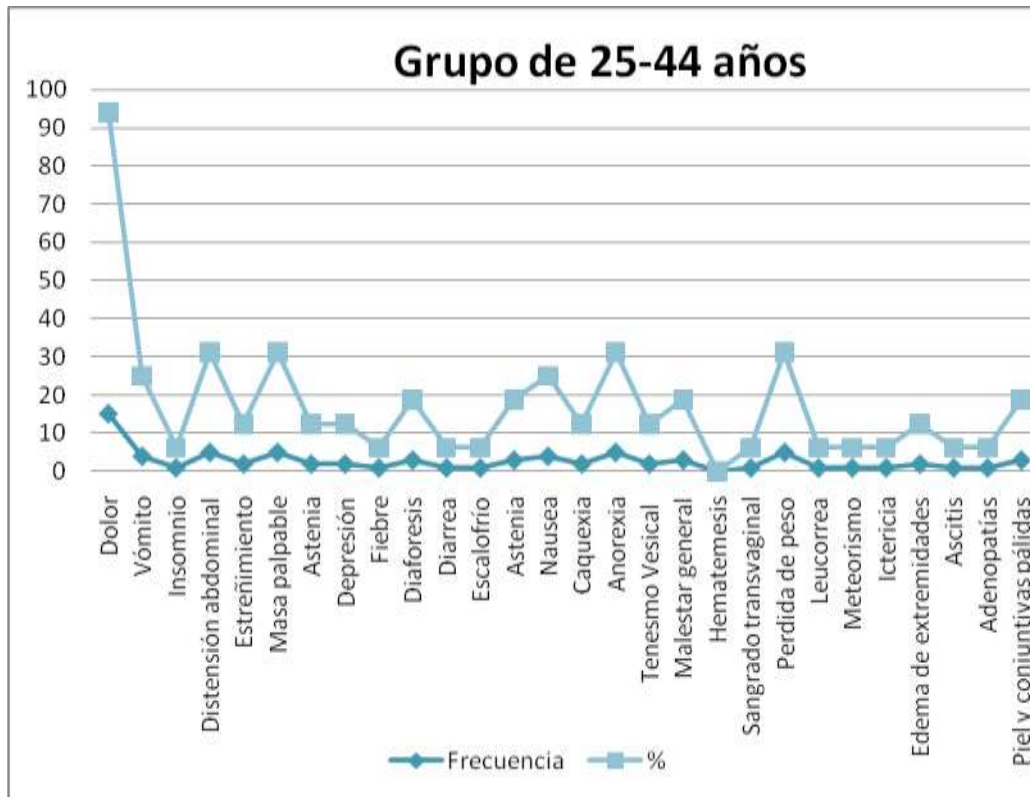
TABLA N° 7

GRUPO ETAREO 25-44 AÑOS	Frecuencia	%
Dolor	15	78,95
Distensión abdominal	5	26,32
Masa palpable	5	26,32
Anorexia	5	26,32
Pérdida de peso	5	26,32
Vómito	4	21,05
Nausea	4	21,05
Diaforesis	3	15,79
Astenia	3	15,79
Malestar general	3	15,79
Piel y conjuntivas pálidas	3	15,79
Estreñimiento	2	10,53
Astenia	2	10,53
Depresión	2	10,53
Caquexia	2	10,53
Tenesmo Vesical	2	10,53
Edema de extremidades	2	10,53
Insomnio	1	5,26
Fiebre	1	5,26
Diarrea	1	5,26
Escalofrío	1	5,26
Sangrado transvaginal	1	5,26
Leucorrea	1	5,26
Meteorismo	1	5,26
Ictericia	1	5,26
Ascitis	1	5,26
Adenopatías	1	5,26

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas y sistema de datos del Hospital Solca Loja.

Realizado: Autores

GRAFICO N°7



Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas y sistema de datos del Hospital Solca Loja.

Realizado: Autores

En el grupo comprendido entre los 25 y 44 años de edad los síntomas más frecuentes incluyen como en todos los grupos en primer lugar el dolor en un 78.95% de los casos, distensión abdominal, masa palpable, anorexia y pérdida de peso comprendieron 26,32% respectivamente.



**6.8. Resultado 8**  
**GRUPO ETAREO 45-65 AÑOS**

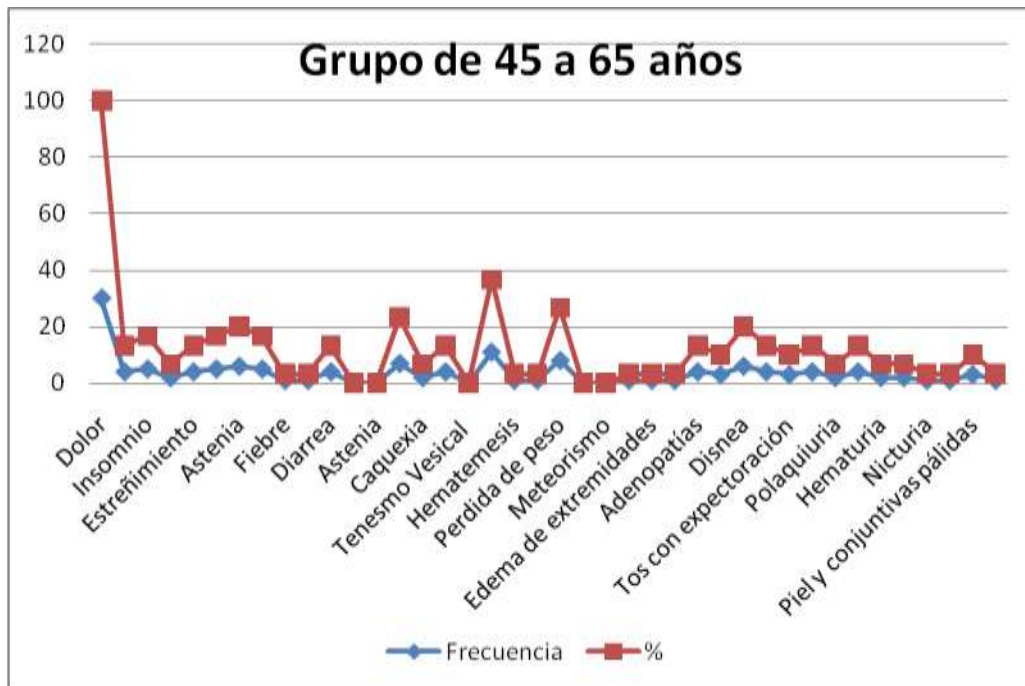
TABLA N°8

GRUPO ETAREO 45-65	Frecuencia	%
Dolor	30	69,77
Malestar general	11	25,58
Pérdida de peso	8	18,6
Nausea	7	16,28
Astenia	6	13,95
Disnea	6	13,95
Insomnio	5	11,63
Masa palpable	5	11,63
Depresión	5	11,63
Vómito	4	9,3
Estreñimiento	4	9,3
Diarrea	4	9,3
Anorexia	4	9,3
Adenopatías	4	9,3
Hiporexia	4	9,3
Disfagia	4	9,3
Disuria	4	9,3
Melena	3	6,98
Tos con expectoración	3	6,98
Piel y conjuntivas pálidas	3	6,98
Distensión abdominal	2	4,65
Caquexia	2	4,65
Polaquiuria	2	4,65
Hematuria	2	4,65
Hematoquesia	2	4,65
Fiebre	1	2,33
Diaforesis	1	2,33
Hematemesis	1	2,33
Sangrado transvaginal	1	2,33
Ictericia	1	2,33
Edema de extremidades	1	2,33
Ascitis	1	2,33
Nicturia	1	2,33
Hemoptisis	1	2,33
Disfonía	1	2,33
Escalofrío	0	0
Astenia	0	0
Tenesmo Vesical	0	0
Leucorrea	0	0
Meteorismo	0	0

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas y sistema de datos del Hospital Solca Loja.

Realizado: Autores

GRÁFICO N°8



Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas y sistema de datos del Hospital Solca Loja.

Realizado: Autores

En el grupo de pacientes con edades comprendidas entre 45 y 65 años, la sintomatología de predominio, al igual que en otros grupos es el dolor, esta vez con una frecuencia del 69.77%, en segundo término el malestar general con una frecuencia del 25.58% de los casos, pérdida de peso en un 18.6% de los casos, náuseas en un 16,28% de los casos y astenia en un 13,95% de los casos.

## 6.9. Resultado 9

### GRUPO ETAREO > 66 AÑOS DE EDAD

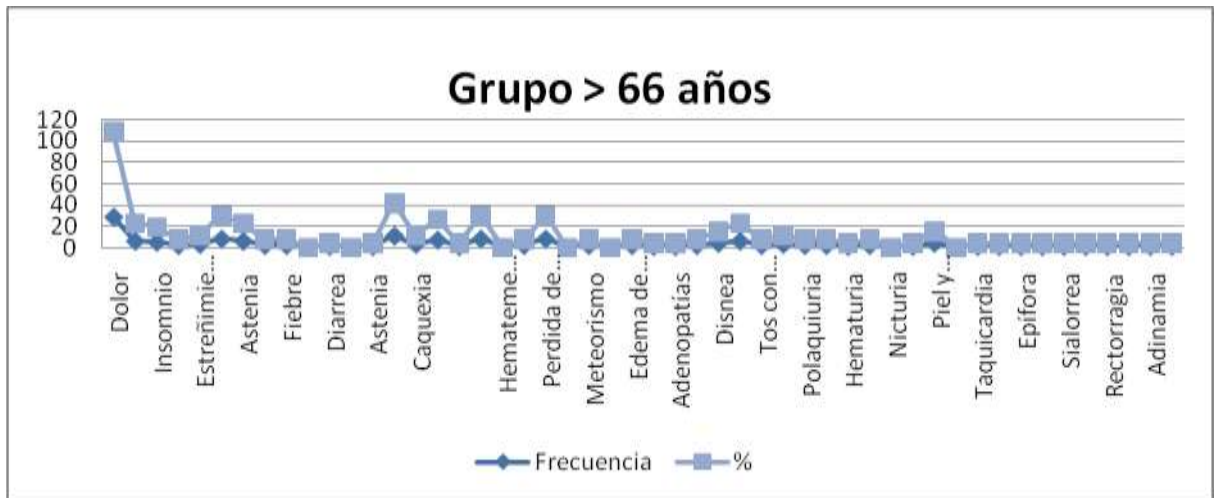
TABLA N° 9

GRUPO ETAREO >66 AÑOS	Frecuencia	%
Dolor	29	80,56
Nausea	11	30,56
Masa palpable	8	22,22
Malestar general	8	22,22
Pérdida de peso	8	22,22
Anorexia	7	19,44
Vómito	6	16,67
Astenia	6	16,67
Hiporexia	6	16,67
Insomnio	5	13,89
Disnea	4	11,11
Piel y conjuntivas pálidas	4	11,11
Estreñimiento	3	8,33
Caquexia	3	8,33
Disfagia	3	8,33
Distensión abdominal	2	5,56
Depresión	2	5,56
Fiebre	2	5,56
Sangrado transvaginal	2	5,56
Meteorismo	2	5,56
Edema de extremidades	2	5,56
Melena	2	5,56
Tos con expectoración	2	5,56
Polaquiguria	2	5,56
Disuria	2	5,56
Hematoquesia	2	5,56
Diarrea	1	2,78
Astenia	1	2,78
Tenesmo Vesical	1	2,78
Ascitis	1	2,78
Adenopatías	1	2,78
Hematuria	1	2,78
Hemoptisis	1	2,78
Taquicardia	1	2,78
Edema escrotal	1	2,78
Epífora	1	2,78
Equimosis	1	2,78
Sialorrea	1	2,78
Sensación de frío	1	2,78
Rectorragia	1	2,78
Amenorrea	1	2,78
Adinamia	1	2,78
Úlceras en piel	1	2,78

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas y sistema de datos del Hospital Solca Loja.

Realizado: Autores

GRAFICO N° 9



Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas y sistema de datos del Hospital Solca Loja.

Realizado: Autores

Los pacientes de este grupo de edad presentaron con mayor frecuencia dolor en un 80.56%, náuseas en un 22.22%, masa palpable en un 22.22%, al igual que malestar general y pérdida de peso, respectivamente.

## 6.10. Resultado 10

### . Tratamiento del dolor de los pacientes con enfermedad terminal

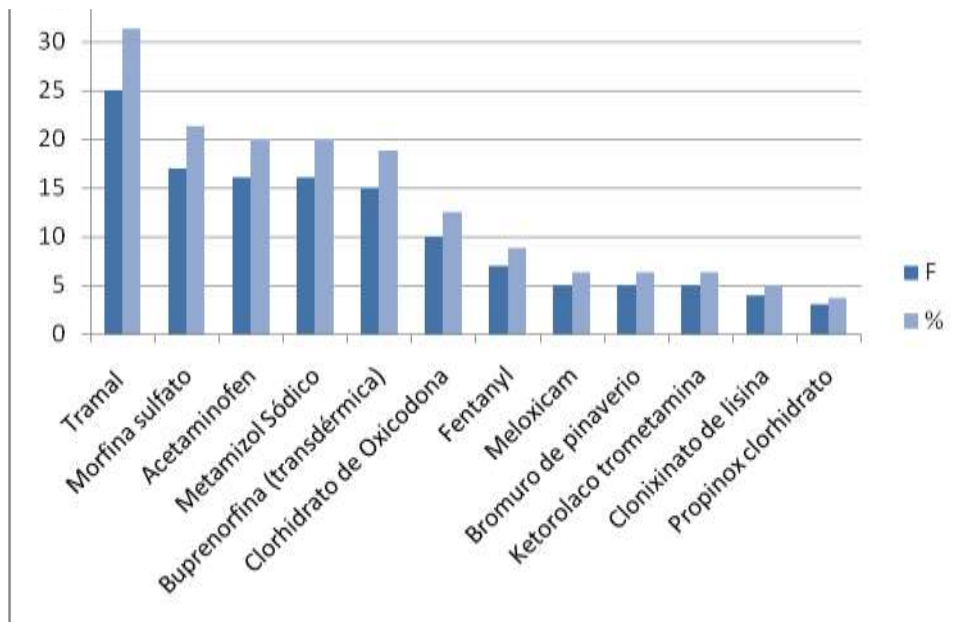
TABLA NO 10

<b>DOLOR</b>	Frecuencia	Porcentaje (%)
Tramadol	25	31,25
Morfina sulfato	17	21,25
Acetaminofén	16	20
Metamizol Sódico	16	20
Buprenorfina	15	18,75
Clorhidrato de Oxidona	10	12,5
Fentanyl	7	8,75
Meloxicam	5	6,25
Bromuro de pinaverio	5	6,25
Ketorolaco trometamina	5	6,25
Clonixinato de lisina	4	5
Propinox clorhidrato	3	3,75
<b>TOTAL DE PACIENTES CON DOLOR</b>	80	

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas y sistema de datos del Hospital Solca Loja.

Realizado: Autores

GRÁFICO NO.10



Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas y sistema de datos del Hospital Solca Loja.

Realizado: Autores

De acuerdo a los resultados obtenidos en nuestra investigación, podemos evidenciar, que en un gran porcentaje de paciente que presentaron dolor, fueron tratados con analgésicos opioides de esta forma tenemos, tramadol fue el analgésico mayormente empleado en el control del dolor con un 31.25% de los casos, la morfina en segundo lugar con un 21,25%, el acetaminofén o paracetamol junto al metamizol fueron utilizados en 20% de los pacientes cada uno; la buprenorfina en su presentación transdérmico se requirió en un 18,75% de los pacientes con dolor, mientras que el clorhidrato de oxicodona fue empleado en el 12,5 %.

## Resultado 11

TABLA NO.11

NAUSEA Y VÓMITO	Frecuencia (F)	Porcentaje (%)
Metoclopramida	15	36,59
Ondansetrón	15	36,59
Palonosetrón	5	12,20
Granisetrón	6	14,63
<b>TOTAL DE PACIENTES CON NAUSEA Y VOMITO</b>	41	

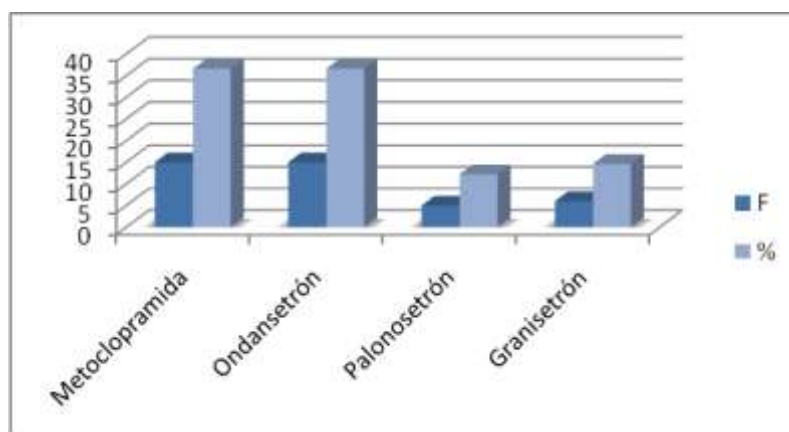
Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas y sistema de datos del Hospital Solca Loja.

Realizado: Autores

### 6.10.1. Tratamiento de náuseas y vómito dolor de los pacientes con enfermedad terminal

GRÁFICO NO.11

Tratamiento náuseas v vómitos los pacientes con enfermedad terminal



Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas y sistema de datos del Hospital Solca Loja.

Realizado: Autores

Los pacientes que presentaron náuseas y vómito, fueron tratados casi en su totalidad con metoclopramida y ondansetrón en un 73.2% de los casos, mientras

que antieméticos como el palonosetrón y granisetron fueron utilizados en 12,2 y 14.6 % de los casos respectivamente.

## 6.11. Resultado 12

### 6.11.1. Tratamiento de estreñimiento de los pacientes con enfermedad terminal

TABLA NO.12

Tratamiento del estreñimiento en los pacientes con enfermedad terminal

Estreñimiento	Frecuencia	Porcentaje (%)
Lactulosa	12	100,00
Enema fleet	7	58,33
Picosulfato sódico	5	41,67
Aceite mineral	4	33,33
Petrolato líquido	4	33,33
Fenolftaleína	4	33,33
<b>TOTAL DE PACIENTES CON ESTREÑIMIENTO</b>	12	

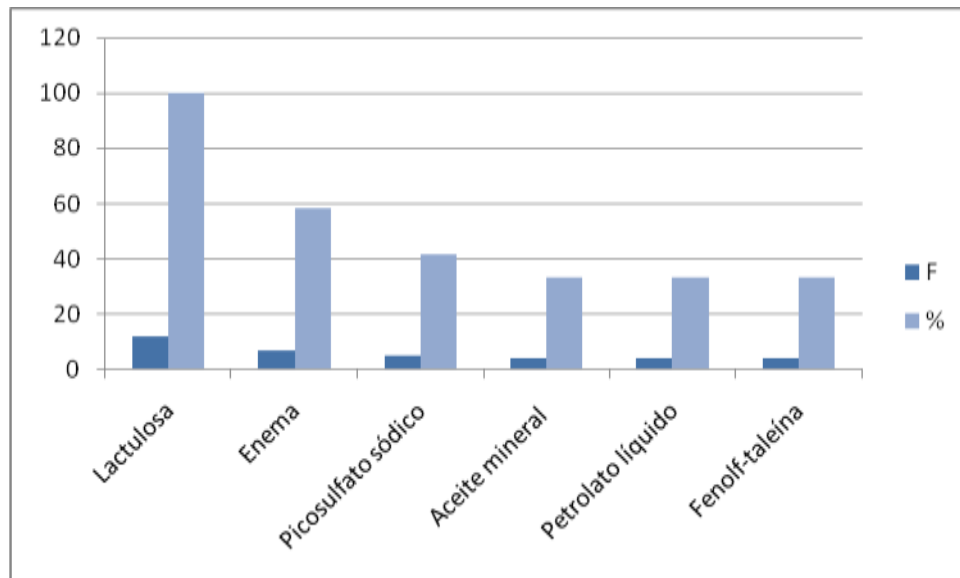
Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas y sistema de datos del Hospital Solca Loja.

Realizado: Autores



GRÁFICO NO.12

Tratamiento del estreñimiento en los pacientes con enfermedad terminal



Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas y sistema de datos del Hospital Solca Loja.

Realizado: Autores

Como se evidencia en la tabla y gráfica de resultados, el total de los paciente que presentaron estreñimiento, fueron manejados principalmente con laxantes osmóticos como la lactulosa, mientras que un porcentaje menor del mismo grupo de paciente tuvieron que ser manejados con alternativas terapéuticas adicionales como el uso de enemas en el 58.3% de los casos, picosulfato sódico en el 41.67% de los casos, mientras que el aceite mineral, petrolato líquido y fenolftaleína en el 33.33% de los casos cada uno.

## 6.12. Resultado 13

### 6.12.1. Tratamiento de malestar general, astenia y anorexia de los pacientes con enfermedad terminal.

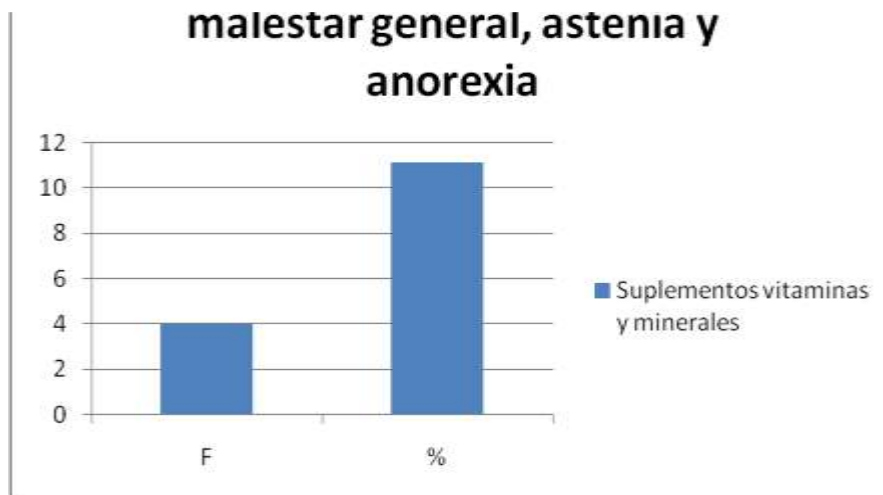
TABLA NO.13

ASTENIA/ANOREXIA	Frecuencia	Porcentaje (%)
Suplementos vitaminas y minerales	4	11,11
<b>TOTAL DE PACIENTES CON ASTENIA Y ANOREXIA</b>	36	

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas y sistema de datos del Hospital Solca Loja.

Realizado: Autores

GRÁFICO NO.13



Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas y sistema de datos del Hospital Solca Loja.

Realizado: Autores

En lo que se refiere al malestar general no pudimos identificar un manejo específico para este síntoma, sin embargo el control sobre el resto de síntomas obviamente está encaminado a mejorar el estado general del paciente, en

cuanto a la astenia y anorexia, tampoco se identifico un manejo dirigido, sin embargo en pocos pacientes se evidencio el empleo de suplementos multivitamínicos.

### 6.13. Resultado 14

#### 6.13.1. DISNEA

El manejo de la disnea en todos los pacientes se lo realiza mediante el apoyo de oxigeno a través de los diferentes dispositivos (cánula nasal, Venturi, mascarilla), no se identifico ningún otro manejo terapéutico.

### 6.14. Resultado 15

#### Tratamiento de disnea en los pacientes con enfermedad terminal.

TABLA NO.14

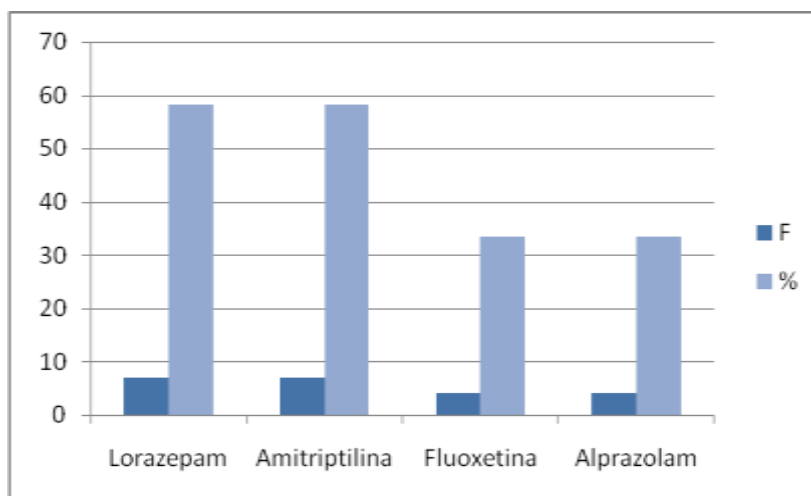
Depresión	Frecuencia	Porcentaje (%)
Lorazepam	7	58,33
Amitriptilina	7	58,33
Fluoxetina	4	33,33
Alprazolam	4	33,33

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas y sistema de datos del Hospital Solca Loja.

Realizado: Autores

TABLA NO.14

Tratamiento de disnea en los pacientes con enfermedad terminal



Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas y sistema de datos del Hospital Solca Loja.

Realizado: Autores

Los pacientes que presentaron síntomas de depresión fueron manejados en su mayoría con fármacos del grupo de las benzodiacepinas como el lorazepam y antidepresivos tricíclicos como la amitriptilina en un 58,33% cada uno, mientras que la fluoxetina y el alprazolam en 33,33% respectivamente.

## 6.15. Resultado 16

### 6.15.1. Tratamiento de distensión abdominal en los pacientes con enfermedad terminal.

TABLA NO.15

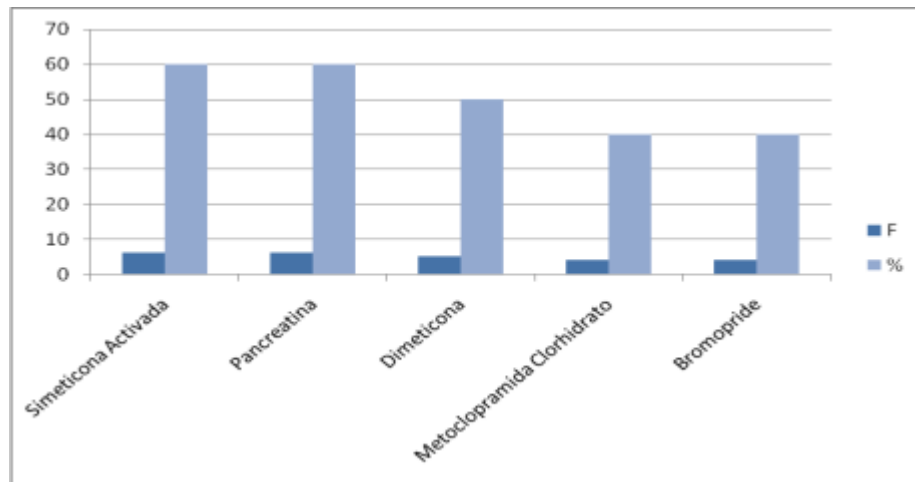
Tratamiento de distensión abdominal en los pacientes con enfermedad terminal

Distensión abdominal, Dispepsia, meteorismo	F	%
Simeticona Activada	6	60
Pancreatina	6	60
Dimeticona	5	50
Metoclopramida Clorhidrato	4	40
Bromopride	4	40
<b>TOTAL DEPACIENTES CON DISTENSION ABDOMINAL</b>	<b>10</b>	

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas y sistema de datos del Hospital Solca Loja.

Realizado: Autores

GRÁFICO NO.15



Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas y sistema de datos del Hospital Solca Loja.

Realizado: Autores

El on  
manejados con simeticona y pancreatina, la dimeticona fue utilizada para el  
alivio de los síntomas en un 50% de los casos, mientras que la metoclopramida  
se uso en un 40% de los casos.

## 7. DISCUSIÓN

En el estudio de 105 pacientes con diagnóstico oncológico en etapa terminal y/o en enfermedad avanzada, se obtuvieron que el 61.9% de los pacientes fueron de sexo femenino y 38.1% de los pacientes fueron de sexo masculino, que está acorde con la bibliografía actual, como la publicada en el Journal of Oncology del 2011 en la cual citan un estudio parecido al realizado en el que se observa que el 59% de los pacientes estudiados fueron de sexo femenino y el 41% de sexo masculino. Los rangos de edad de los pacientes, en el fluctúan entre: 6-14 años el 0.95%, 15-24 años el 5.71%, 25-44 años el 18.10%, 45-65 años el 40.95%, y mayor a 66 años el 34.29%. En el Journal of Oncology de febrero de 2011 se observa que el 1.5%, de la población que entran en los criterios de pacientes que necesitan cuidados paliativos, son menores de 20 años, el 22% están entre 20-40 años, el 39% de 40 a 60 años y el 37%, mayor de 65 años. Estos resultados concuerdan con aquellos obtenidos en el presente estudio.

Por otra parte se obtuvo que los principales signos en relación al total de pacientes fueron: pérdida de peso 20%, masa palpable 17.1%, piel y conjuntivas pálidas 11.4 %, adenopatías el 8.6%, caquexia el 6.7%, ascitis el 5.7%, edema local y melena el 4.8%, cada uno hematoquesia, y sangrado transvaginal 3.8%, hematuria macroscópica el 2.9%, hematemesis e ictericia el 1.9%, respectivamente, leucorrea, organomegalia, pérdida de sensibilidad, taquicardia, taquipnea, equimosis 1% respectivamente, después de realizar una búsqueda exhaustiva, en varias fuentes bibliográficas, no hay un estudio, ni cita que en porcentajes mencione los signos más frecuentes, es por eso que no pudimos comparar este resultado. El Oxford Textbook of Palliative Medicine menciona como signos más frecuentes en los pacientes terminales a la pérdida de peso, piel y conjuntivas pálidas, ascitis, y edema. Estos datos coinciden con aquellos de nuestra investigación, aunque no en el mismo orden de frecuencia

En cuanto a los síntomas en relación al total de los pacientes fueron: dolor 76.19%, náuseas 23.81%, malestar general 21.90%, astenia y anorexia 17.14%, vómito 15.24%, depresión, estreñimiento, insomnio 11.43% cada uno, hiporexia 10.48% disnea y distensión abdominal 9.52%, disfagia 6.67%,

diarrea, disuria, fiebre, tos con expectoración 5.71% cada uno, diaforesis 4.76% cada uno, polaquiuria 3.81%, dispepsia, meteorismo, retención urinaria, tenesmo vesical 2.86% cada uno, regurgitación y hemoptisis 1,90% cada uno. Y finalmente. amenorrhea, disfonía, escalofríos, adinamia, lumbalgia, pirosis, saciedad precoz, sed, temblor de miembros, hematemesis, epifora, sensación de frío, nicturia, rectorragia, sialorrea 0.95% cada uno. En la bibliografía publicada, por parte del Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco (2008). En su Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos encontramos, que el síntoma con mayor frecuencia en pacientes que necesitan cuidados paliativos, y tienen diagnóstico oncológico es el dolor, que está presente entre el 35 al 96% de los pacientes, seguido por confusión, entre el 6 al 93% de los casos, anorexia entre el 30 al 92% de los casos, astenia en el 32 al 90% de los casos, ansiedad del 13 al 79%, depresión del 3 al 77%, disnea del 10 al 70%, insomnio del 6 al 69%, náuseas del 6 al 68%, estreñimiento del 23 al 65% y diarrea entre el 3 al 29 % de los casos, con esto podemos comparar, que en ambos estudios y prácticamente en toda la bibliografía consultada se evidencia al dolor como el principal síntoma que aqueja a estos pacientes. En cuanto a la frecuencia con que se presentan otros síntomas como anorexia, astenia, ansiedad, no es la misma que la obtenida por nosotros, lo cual podría responder a las distintas formas de percepción por parte de los pacientes y /o a las diferentes formas de obtención de la información, lo que puede llegar a que haya diferencias entre un estudio y otro

Siguiendo con el estudio podemos evidenciar, que en un gran porcentaje de paciente que presentaron dolor, fueron tratados con analgésicos. El tramadol fue el analgésico mayormente empleado en el control del dolor con un 31.25% de los casos, la morfina en segundo lugar con un 21,25%, el paracetamol junto al metamizol fueron utilizados en 20% de los pacientes cada uno; la buprenorfina en su presentación transdérmica se requirió en un 18,75% de los pacientes con dolor, mientras que el clorhidrato de oxiconona fue empleado en el 12,5 %, el fentanyl fue utilizado en el 8.75% , meloxicam, el bromuro de pinaverio, y el ketorolaco fue utilizado en el 6.25 % de los pacientes. Hubiera sido adecuado saber la respuesta de los pacientes a esta terapia, y observar si era eficaz, o si

las dosis fueron las adecuadas por lo que dejamos la puerta abierta a nuevos estudios, en cuanto a la eficacia del tratamiento utilizado en la localidad, se revisaron varias guías y bibliografía, que concuerda con el uso de estos medicamentos, utilizados en este estudio, sin embargo, hubiera sido importante, utilizar la escala analgésica, y combinar mejor cada uno de los analgésico para poder obtener una terapia más adecuada, de igual manera si se hubiera evaluado las dosis utilizadas y su eficacia podríamos saber si el uso de los medicamentos, utilizados fue el adecuado o no. Vemos que el uso de opioides es limitado, como lo indica el artículo ANÁLISIS DE LA DISPONIBILIDAD DE ANALGÉSICOS OPIOIDES EN ECUADOR creado por Granja Hernández Patricia, MD/ Salud Pública ISP-PUCE, el cual relata que no hay un adecuado uso de opioides en nuestro país, por lo que se debería usar de una manera más amplia y adecuada estos fármacos. Los pacientes que presentaron náuseas y vómito, fueron tratados casi en su totalidad con metoclopramida y ondansetrón en un 73.2% de los casos, mientras que antieméticos como el palonosetrón y granisetron fueron utilizados en 12,2 y 14.6 % de los casos respectivamente, en lo que se refiere al uso de antieméticos, los resultados aquí presentados son los mismos que los publicados en diversas guías de Cuidados Paliativos, a excepción de la profilaxis antiemética que en nuestros casos no se realiza de manera protocolizada. En lo que se refiere al malestar general, no se pudo identificar un manejo específico para este síntoma, sin embargo el control sobre el resto de síntomas obviamente está encaminado a mejorar el estado general del paciente, en cuanto a la astenia, anorexia, y disnea tampoco se identifico un manejo dirigido, sin embargo en pocos pacientes se evidencio el empleo de suplementos multivitamínicos, de acuerdo a la bibliografía publicada, por parte del Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco (2008). En su Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos, se encontró que el tratamiento utilizado es otro, por lo tanto estos pacientes están siendo mal tratados, y no se les está dando, importancia al manejo de estos síntomas, lo cual no debería ser así. La depresión fueron manejados en su mayoría con fármacos del grupo de las benzodiazepinas como el lorazepam y antidepressivos tricíclicos como la amitriptilina en un 58, 33% cada uno, mientras que la fluoxetina y el alprazolam en 33. 33% respectivamente, que concuerda con el manejo que se le da a estos pacientes en la bibliografía encontrada, Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N.



Oxford textbook of palliative medicine. Oxford: Oxford University Press Second edition, 2005, por lo tanto observamos que la depresión es manejada de una manera adecuada.

## **8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **8.1. Conclusiones**

- Al término de la investigación se determinó los signos y síntomas que con mayor frecuencia se presenta en los pacientes oncológicos en etapa terminal y con enfermedad avanzada hospitalizados durante el periodo en estudio en el hospital oncológico de SOLCA Loja; así tenemos, los principales signos de mayor frecuencia son: pérdida de peso, masa palpable, piel y conjuntivas pálidas, adenopatías, mientras que los síntomas de mayor presentación incluyeron: dolor, malestar general, astenia, anorexia, náuseas y vómito.
- Además fue posible identificar el manejo clínico que se da a los principales signos y síntomas que se presentan en la enfermedad oncológica avanzada y en etapa terminal, de esta forma el dolor que fue el síntoma de mayor predominio fue tratado en la mayoría de los casos con analgésicos como paracetamol y metamizol y opioides como el tramadol y la buprenorfina; síntomas como la astenia, la anorexia y el malestar general no se han manejado de forma específica, en algunos casos pudimos evidenciar la administración de multivitamínicos, sin embargo ningún paciente fue tratado de forma dirigida en estas manifestaciones; la náusea y el vómito fueron controlados con antieméticos del tipo de la metoclopramida y el ondansetrón en la mayoría de casos
- Se elaboró una guía de manejo de síntomas, tomando en cuenta los que con mayor frecuencia se presentaron la población de estudio, la misma que pretende contribuir a un manejo simplificado y dirigido a las manifestaciones de frecuente presentación en paciente oncológico.

## 8.2 Recomendaciones

- Es importante la realización de estudios de mayor profundidad que evalúen de forma integral la condición clínica de los pacientes oncológicos en etapa terminal y con enfermedad avanzada, que colaboren principalmente en la obtención de calidad de vida.
- Es recomendable la elaboración de protocolos terapéuticos de manejo en pacientes oncológicos en etapa terminal y con enfermedad avanzada, adaptados a sus necesidades, de fácil comprensión y que se encuentre estructurados con base en guía internacionales ya establecidas y fundamentadas en amplios estudios.
- La intervención de profesionales de la salud que se encuentra en contacto continuo con pacientes oncológicos en etapa terminal y con enfermedad avanzada, es de fundamental importancia en el aporte de propuestas encaminadas a la creación de manuales, guías y protocolos que orienten a los médicos asistenciales en el manejo sintomático de los pacientes..

## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. Acosta M. (2006) Dolor oncológico y estreñimiento. Portal de mayores, portal especializado en geriatría y gerontología. Recuperado el 25 de junio de 2011 de: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/semer-dolor-01.pdf>
2. AhmedzaS.H., et al.(2004) A new international framework for palliative care. EuropeanJournal of Cancer 40.Elsevier. Recuperado el 10 de febrero de 2010 de: <http://www.cuidadospaliativos.org/archives/A%20new%20international%20framework.pdf>
3. Albo E., Astudillo W., Los Cuidados Paliativos en los Países en Desarrollo. Cap. 23.. Acceso [2010-02-10]. Disponible en línea: [<http://www.ehu.es/yvwcaroa/doc/sovpalXIVcurso/Capitulo23.pdf>]
4. Aliaga L, Baños J, Barrutell C, Molet J, Rodríguez A (2002). Tratamiento del dolor, teoría y práctica. Barcelona: Permanyer; 2002. Back I. Palliative Medicine Handbook [online]. Recuperado EL 24 de abril de 2012 de: <http://book.pallcare.info/Caraceni A, Cherny N, Fainsinger R, Kaasa S, Poulain P, De Conno F. Pain measurement tools clinical research in palliative care: recommendations of expert working group of the European Association of Palliative Care. Journal of Pain and Symptom Management. 2002;23;239-55.Colvin L, Forbes K, Fallon M. Difficult pain. BMJ. 2006;332:1081-3>

5. Andonegui M. (2009) Relevancia de la Investigación en Cáncer. Recuperado el 25 de marzo de 2012, de: <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1172290452.pdf>
6. Argente, Álvarez, 2005. Semiología Médica, Fisiopatología, Semiotecnia Y Propedéutica, 1ª edición, editorial médica Panamericana.
7. Astudillo W,. Presente y Futuro de los Cuidados Paliativos (2008). Recuperado el 10 de febrero de 2010 de:<http://www.cuidadospaliativos.org/archives/biblioteca/Presente%20y%20futuro%20de%20los%20Cuidados%20Paliativos.pdf>].
8. Bayés R., Medicina Paliativa: psicología y Cuidados Paliativo. Medicina Paliativa. Vol. 12. N° 3. P.137-138. 2005. Madrid (2005). Recuperado el 10 de febrero de 2010 de <http://www.cuidadospaliativos.org/archives/EI%20psicologo%20en%20lo%20equipos%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf>.
9. Benatar S., World Medical Association .Medical Ethics Manual,Medical Ethics Manual, 2nd edition (2009). Recuperado el 15 de junio de 2010 de <http://www.wma.net/e/policy/handbook.htm>.
10. Braitheh F. (2007) Characteristics, Findings, and Outcomes of Palliative Care Inpatient Consultations at a Comprehensive Cancer Center. Journal of Palliative Medicine. Vol. 10. 4a edicion.2007. Recuperado el 10 de febrero de 2010 de: <http://www.cuidadospaliativos.org/archives/Annual%20Report%20on%20Human%20Rights%20in%20the%20World%202007.pdf>
11. Bruera E., et al. (2005) Cuidados Paliativos Guías Para el Manejo Clínico. 2ª Edición. Chile. Bruera E., De Lima L. Recuperado el 15 de abril de 2010, de :<http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/palliative-care.pdf>

12. Clark David (2007) From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer Historical Review. Recuperado el 15 de marzo de 2010 de : <http://www.cuidadospaliativos.org/archives/From%20margins%20to%20centre,%20a%20review%20of%20the%20history%20of%20palliative%20care%20in%20cancer.pdf>
13. Dávalos V., et al,(2012) Guía rápida de manejo de síntomas en cuidados paliativos 2012. Ediloja. 1era Edición. Documento sin publicar..
14. Davies AN, Vriens J, Kennett A, McTaggart M. An observational study of oncology patients' utilisation of breakthrough pain medication. J Pain Sympt Manage 2008;35(4):406–11
15. De Lima L., The International Association for Hospice and Palliative Care List of Essential Medicines for Palliative Care. Palliative Medicine (2006). Recuperado el 10 de febrero de 2010 de <http://www.ucsfcmep.org/2010/brochure/MMC10020.pdf>.
16. Derek D., et al., Oxford textbook of Palliative Medicine (Chapters 1 and 4, 4th Edition. Oxford University Press Inc. First published in 1995.
17. Derek D., et al, Getting Started: Guidelines and Suggestions for those Starting a Hospice/Palliative Care (2009). Recuperado el 17 de abril de 2010 de : <http://www.hospicecare.com/gs/>
18. Disponibilidad de opioides en América Latina (2008). IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos. 1.er Congreso de la Sociedad Peruana de Cuidados, Paliativos. Lima . Recuperado el 25 de mayo de 2011 de : <http://www.painpolicy.wisc.edu/international/countryprofiles.htm>
19. Duarte M., et al. Pacientes en Situación Terminal y su Familia (2007). Recuperado el 9 de octubre de 2010 de :

[http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/planes/Plan\\_Cuidados\\_Paliativos.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/planes/Plan_Cuidados_Paliativos.pdf)

20. Feroso M., et al, Cuidados Paliativos. Control de síntomas, ABCDE en urgencias extrahospitalarias (s/f) Recuperado el 15 de julio de 2012 de: [/http://www.mircoruna.es/mediaool/118/1189559/data/117\\_CONTROL\\_D E\\_SINTOMAS\\_02\\_FINAL.pdf](http://www.mircoruna.es/mediaool/118/1189559/data/117_CONTROL_D E_SINTOMAS_02_FINAL.pdf)
21. Ferrer A., et al. Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza, España. Evaluación sintomática del paciente oncológico en urgencias (s/f) Recuperado el 25 de marzo de 2010 de: [http://www.semes.org/revista/vol21\\_3/8.pdf](http://www.semes.org/revista/vol21_3/8.pdf)
22. Fundación Víctor Grífols i Lucas, Un Proyecto Internacional del Hastings Center. Los fines de la medicina, El establecimiento de unas prioridades nuevas (2004). Recuperado el 17 de marzo de 2010 de : <http://www.cuidadospaliativos.org/archives/Los%20fines%20de%20la%20Medicina.pdf>
23. Geneve: WHO; 1996. 35. Granja P. Alivio del dolor en el cáncer. 2.<sup>a</sup> ed. Análisis de la disponibilidad de analgésicos opioides en Ecuador. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito: PUCE; 2008. 36. Potter J, Jick H, Addiction.
24. Granja Hernández Patricia, MD/ Salud Pública ISP-PUCE, Análisis de la disponibilidad de analgésicos opioides en Ecuador, rescatado de la web el 22 de julio de 2012, disponible en la red en [\[http://www.saluddealtura.com/index.php?id=614&print=1&no\\_cache=1](http://www.saluddealtura.com/index.php?id=614&print=1&no_cache=1)
25. Hernández C., Moreno B., Medicina del Dolor. 2005. Primera edición. Centro Editorial Universidad del Rosario.

26. Jeffrey M Lyness, MD, Clinical manifestations and diagnosis of depression, Junio 2011. Recuperado de la web de [http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-depression/contributors]
27. Kasper et al., 2005, Harrison Principios de Medicina Interna. Vol. I. Urgencias Oncológicas. Cap. 88.P. 646-654. Mc Graw Hill.
28. López R. et al. Manual de Medicina Paliativa, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Recuperado el 24 de septiembre de 2010 de: <http://cuidadospaliativos.org/archives/medicinafinal.pdf>
29. Lara A. Solares, Tamayo A. (s/f) Manejo del Paciente Terminal. Recueperado el 25 de marzo de 2010, de: <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1172291086.pdf>
30. Maté J., et al, (2009) Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. Recuperado el 25 de marzo de 2010 de: <http://revistas.ucm.es/psi/16967240/articulos/PSIC0404120211A.PDF>
31. Morales K., Herrera I., Manejo farmacológico del dolor en el paciente oncológico (2004). Recuperado de la web el 23 de junio de 2012, de :[http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0001022004000300004&script=sci\\_arttex](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0001022004000300004&script=sci_arttex)
32. Nago a., et al, Eructos, meteorismo y flatulencia (s/f). recuperado el 26 de mayo de 2012 de : [http://www.cmp.org.pe/documentos/libros Libres/tsmi/Cap6\\_Eructos\\_meteorismo\\_y\\_flatulencia.pdf](http://www.cmp.org.pe/documentos/libros Libres/tsmi/Cap6_Eructos_meteorismo_y_flatulencia.pdf)
33. Navarro E. et al., Protocolo diagnóstico y tratamiento del estreñimiento y obstrucción intestinal en el paciente oncológico (2009). Recuperado el 23



de abril de 2012 de: <http://www.elsevier.es/es/revistas/medicine-62/protocolo-diagnostico-tratamiento-estre%C3%B1imiento-obstruccion-intestinal-paciente-13133828-protocolos-enfermedades-oncologicas-2009>. Recuperado de la red: 2012/08/25.

34. Pérez Cárdenas Clara, Evaluación psicológica del paciente con cáncer en la APS (s/f), Recuperado el 19 de junio de 2010, de: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21\\_1-2\\_05/mgi111-205t.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_1-2_05/mgi111-205t.htm)
35. Perry M., Longo D., Consecuencias Tardías del Cáncer y su Tratamiento, en: Harrison Principios de Medicina Interna.2005.16ed. Pág. 655-657.
36. Portela M., Astenia en cáncer avanzado y uso de psicoestimulantes (2011). recuperado el 23 de marzo de 2011 de: [[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-6272011000300013&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-6272011000300013&script=sci_arttext)], recuperado de la red en 2012-09-17.
37. Ríos B., et al., Protocolos de práctica asistencial, Tratamiento del dolor oncológico 2009, recuperado de la web el 17 de junio de 2012. Disponible en la red en [[http://api.ning.com/files/k0\\*RRphj2a114icW1Hau84QQShQ1ioP2oBNxByQ\\*yzf6nfDF58Kpkx3wGtuap83FHo\\*zjopCES7MSU5O2Ei\\*mSDbp6c9mWPw/Tratamientodeldoloroncolgico.pdf](http://api.ning.com/files/k0*RRphj2a114icW1Hau84QQShQ1ioP2oBNxByQ*yzf6nfDF58Kpkx3wGtuap83FHo*zjopCES7MSU5O2Ei*mSDbp6c9mWPw/Tratamientodeldoloroncolgico.pdf)]
38. Russell K Portenoy, et al, Cancerpainmanagement: General principles and riskmanagementforpatientsreceivingopioids 2012, resactado de la web el 24 de mayo de 2012, disponible en: [<http://www.uptodate.com/contents/cancer-pain-management-general-principles-and-risk-management-for-patients-receiving-opioids>]

39. Salas Campo T. et al. Guía de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid. En internet 2008. Acceso [2009-09-24]. Disponible en línea en [http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Contentdisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DGUIA+DE+CUIDADOS+PALIATIVOS.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202799256779&ssbinary=true]
40. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco (2008). Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Recuperado de la web de guiasalud.es:  
[http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_428\\_Paliativos\\_Osteba\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_428_Paliativos_Osteba_compl.pdf).
- Temboury F., et al, Manejo Del Paciente Oncológico En Situación Terminal (s/f) Recuperado el 25 de marzo de 2010 de :<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/terminal.pdf>
41. Vademécum farmacoterapéutico del ecuador 2009. Segunda edición.
42. Velásquez N., et al., Ansiedad Asociada al Dolor Agudo en Pacientes Oncológicos (2009). Recuperado de la web el 22 de mayo de 2012 de:  
<http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1257541120.pdf>
43. Wenk R. et al. Analgésicos opioides en Latinoamérica: la barrera de accesibilidad supera la de disponibilidad (2004). Recuperado el dos de febrero de 2010 de :  
<http://www.cuidadospaliativos.org/archives/Analgesicos%20opioides%20en%20Latinoamerica.pdf>

44. Wiffen P. et al., Oral morphine in cancer pain. Cochrane Database Syst. 2003, Rev. 4:CD00368. Recuperado el 24 de septiembre de 2011 de Cochrane Database Syst.
45. Zurro, Pérez, 2008, Atención Primaria, Concepto, Organización y Práctica Clínica. Vol. II. Anexo 13, Tratamiento farmacológico de los síntomas en el enfermo terminal. 6ª edición, Elsevier.

## **10. ANEXOS**

### **ANEXO 1**

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

SIGNOS Y SINTOMAS

Nº HCL	EDAD	DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO	SEXO	ANALFABETO/¿	PRIMARIA COMPLET¿	PRIMARIA INCOMPLET¿	SECUNDARIA COMPLET¿	SECUNDARIA INCOMPLET¿	SUPERIOR COMPLET¿	SUPERIOR INCOMPLET¿	SIGNO	SÍNTOMA

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

MEDICAMENTOS EMPLEADOS EN EL CONTROL DE LOS DIFERENTES SINTOMAS

SINTOMA		F	%
MEDICAMENTOS EMPLEADOS			

ANEXO 3

**ENCUESTA DIRIGIDA A LOS PACIENTES**

**IDENTIFICACIÓN**

HCL:

Edad:

Sexo:

Estado civil:

Ocupación:

Dirección:

Teléfono:

1. Plan de salud: Privado ( ) IEES ( ) Campesino ( ) Ninguno ( )  
Diagnóstico: ¿Desde Hace cuánto tiempo?\_\_\_\_\_
2. Depende económicamente de:\_\_\_\_\_
3. Cuidador: Familiar ( ) usted ( ) Otro ( ) quien\_\_\_\_\_
4. Puedes realizar sus actividades diarias: Solo ( ) Con ayuda ( ) no puede ( )
5. La Atención médica que recibe es: su Domicilio ( ) Consultorio privado ( ) Centro público ( )
6. Busca voluntariamente atención medica Si ( ) No ( )
7. ¿Con que frecuencia acude al centro médico?  
Diaria ( ) semanal ( ) mensual ( ) otra ( )
8. Para su atención medica a que Centro médico Acude:  
Domicilio ( ) Institución Privada ( ) Institución Pública ( ) Institución Autónoma ( )

**Información Específica:**

1. ¿Qué enfermedad Padece?

<b>Enfermedad</b>	<b>Tiempo</b>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

---

---

2. ¿Cuáles son los síntomas que le obligan a buscar atención médica:

<b>Síntoma</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Tratamiento</b>
----------------	-------------------	--------------------

Dolor

Cansancio

Falta de aire

Estreñimiento

Náuseas

Vómito

Cansancio

Depresión

Pérdida de Apetito

Confusión

Otros

Cuáles: \_\_\_\_\_

3. ¿El tratamiento que ha usted ha recibido ha mejorado sus síntomas?

Si ( ) No ( )

4. ¿El tratamiento le ha causado otras molestias?

---

---

5. ¿De qué manera ha afectado su economía su enfermedad?

---

---

6. Ha estado hospitalizado por más de una semana sin mejorar su condición.

---

---

---

---

---

7. ¿Cuales serian sus sugerencias para una mejor atención?:

---

#### **ANEXO 4**

**Fotos del lugar de nuestro trabajo.**

**Foto No 1.**



**Foto No2.**



**Foto No3.**



Foto No. 4.

