

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

UNAN-MANAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

**Utilidad de la escala de Edmonton en la evaluación del estado funcional en pacientes con tumores sólidos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón
Noviembre – Diciembre 2017.**

AUTOR: Dr. Deyvis Joacsi López Dávila.

Residente III año de Medicina Interna.

TUTOR:

Dr. Ulises López Fúnez.

Especialista en Medicina Internista.

Año 2018

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi Dios quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad no desfallecer en el intento.

Para mi madre por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en momentos difíciles y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. A mi familia que me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, coraje para seguir mis objetivos.

A mi esposa por estar siempre presente y que me ha brindado su apoyo incondicional en todo momento.

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de tesis me gustaría agradecer a ti dios por bendecirme para alcanzar donde he llegado, a mi madre que con mucho esfuerzo hizo realidad este sueño anhelado.

A mi familia, esposa e hija por su apoyo incondicional.

A mi tutor de tesis, Dr. Ulises López Fúnez por su esfuerzo y dedicación, brindando su conocimiento, experiencia, paciencia y motivación ha logrado en mí que pueda terminar mi estudio con éxito y haya obtenido un aprendizaje de este proyecto.

También me gustaría agradecer a mis profesores durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado para mi formación y en especial mención a la Dra. Elizabeth Mercado Morales y al Dr. Ludwing Bacon Fonseca.

A mis compañeros residentes de tercer año, quienes me apoyaron en los momentos de dificultades durante la realización de este estudio.

OPINIÓN DE AUTOR.

Las escalas para valorar la capacidad funcional en oncología y cuidados paliativos han mostrado su poder predictor de supervivencia que parece ser mucho mayor que el atribuido a las estimaciones clínicas. El mayor o menor poder parece depender del punto de evolución del paciente en que se realiza la estimación. Cuanto más avanzada está la enfermedad, la estimación pronóstica realizada con la medición de la capacidad funcional es mejor.

La Escala de Evaluación Funcional de Edmonton ha sido desarrollada dentro del programa de cuidados paliativos con el fin de dotarse de un instrumento adecuado para evaluar las posibilidades de rehabilitación de pacientes paliativos.

En el presente trabajo del Dr. Deyvis López, se encontró la utilidad de la escala de Edmonton en la evaluación del estado funcional en pacientes con tumores sólidos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón, con evidencia de que la fatiga y el dolor son los síntomas más frecuentes que afectan a los pacientes durante su hospitalización, siendo determinado a través de la escala de Edmonton ya que por las escalas de Ecog y Karnofsky no precisan que síntomas serán tratados en los pacientes con estadio avanzado de la enfermedad.

Este estudio hace una importante contribución para la atención de cuidados paliativos no solo en nuestra unidad de salud a través de la recién puesta en marcha de la clínica del dolor y cuidados paliativos, sino como referencia a nivel nacional ya que actualmente en Nicaragua se está impulsando el manejo de los pacientes en sus hospitales de referencia con el fin de poder contar con una mayor accesibilidad a la atención médica y así poder recibir su tratamiento oncológico.

Dr. Ulises López Fúnez.

Especialista en Medicina Internista.

CONTENIDO

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
OPINIÓN DEL AUTOR.....	4
INTRODUCCIÓN.....	6
ANTECEDENTES.....	8
JUSTIFICACIÓN.....	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
OBJETIVOS.....	12
MARCO TEÓRICO.....	13
MATERIAL Y MÉTODO.....	17
RESULTADOS.....	21
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	22
CONCLUSIÓN.....	23
RECOMENDACIÓN.....	24
ANEXO.....	25
BIBLIOGRAFÍA.....	36

INTRODUCCIÓN

Cáncer, es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de tumores malignos o neoplasias malignas. Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer. (1)

Históricamente la evaluación de los tratamientos oncológicos se ha centrado en variables biomédicas, fundamentalmente la tasa de respuesta, el intervalo libre de enfermedad o la supervivencia. La disconformidad con el modelo biomédico tradicional ha creado la necesidad de aproximaciones más holísticas, ampliando el concepto de salud a la totalidad de la vida del paciente, sin restringirse sólo a las manifestaciones biológicas (2,3).

La aparición de criterios de valoración dependientes del paciente, resalta aún más este cambio de paradigma. Actualmente, no es adecuado basarse sólo en datos objetivos que reflejen el punto de vista del personal médico, también deben desarrollarse conceptos y herramientas de medición que capten de una forma más amplia y fiable los factores que influyen en el resultado final desde la perspectiva del paciente (5).

El concepto de calidad de vida relacionada con salud, se define como la suma de factores físicos, emocionales y sociales que contribuyen al bienestar de una persona. Mediciones de la calidad de vida deberían tener un papel cada vez más importante en la evaluación de la calidad de atención médica. (6,7)

El cáncer es una de las enfermedades que desde su inicio provoca frecuentemente muchos síntomas y éstos 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 (4).

Es fácil comprender la importancia que tiene el conocimiento 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 como de sus familiares. (8)

El estudio de la calidad de vida en pacientes oncológicos ha experimentado últimamente un gran auge, debido al reconocimiento de que muchos cánceres avanzados son incurables, lo cual ha llevado a potenciar los cuidados paliativos. Muchos pacientes, al saber su condición, suelen estar más interesados en no perder su autonomía física y en padecer el menor número de síntomas, que en la prolongación de la vida (a veces a costa de mucha toxicidad). Por otro lado, la escasez de recursos económicos justifica únicamente la incorporación de nuevos fármacos que, si no incrementan la supervivencia, al menos produzcan un beneficio sintomático apreciable (16).

En la actualidad se dispone de un cúmulo de conocimientos que permite no sólo el mejor entendimiento de la fisiopatología de los síntomas, sino un abordaje terapéutico mucho más exitoso. (3)

ANTECEDENTES

Las neoplasias malignas, son una de las principales causas de muerte en todo el mundo; en el 2008 causó 7,6 millones de defunciones. De los padecimientos oncológicos los que mayor morbilidad por año causan son: cáncer de pulmón, estómago, hígado, colon y mama. Aproximadamente un 30% de las defunciones asociadas a cáncer son debidas a cinco factores de riesgo conductuales y dietéticos: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol (2).

El consumo de tabaco es el factor de riesgo más importante, y causa el 22% de las muertes en el mundo por cáncer en general, y es responsable del 71% de los decesos asociados a cáncer de pulmón. Otras neoplasias malignas que se presentan son causadas por infecciones víricas, tales como, virus de la hepatitis B (VHB) y C (VHC), papilomavirus humano (PVH), responsables de un 20% de las defunciones por cáncer en los países de ingresos bajos y medios (3).

Los Cuidados Paliativos en Latinoamérica surgieron en la década de los ochenta y se han ido desarrollando progresivamente. En Latinoamérica hay un total de 922 servicios en toda la región, lo que significa 1.63 servicios/unidades/equipos de Cuidados Paliativos por 1.000.000 habitantes (mill. de hab.). El rango va de 16.06 (Costa Rica) a 0.24 servicios/mill. De hab. (Honduras). Chile tiene la mayor cantidad de servicios en números absolutos (277 servicios) y porcentual (30% de servicios de la región), aunque no todos los servicios reportados cuentan con un especialista de Cuidados Paliativos. El 46% (Argentina y Chile) de los servicios de Cuidados Paliativos existentes en la región asisten al 10% de la población. (22) (ver anexo, figura 1).

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. Es frente a esta situación que ya hace más de treinta años surge el Movimiento Hospice primero y los cuidados paliativos después. (7)

Esto, sumado a la prolongación de la expectativa de vida y al hecho de que su magnitud lo convierte en un importante problema de salud pública, hace necesario conocer, no sólo los métodos de detección precoz y modalidades de tratamiento, sino también evaluar el funcionamiento del paciente en sus diferentes capacidades funcionales (físicas, sociales y psicológicas) para realizar intervenciones destinadas a mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos. (1)

Existen diferentes tipos de escalas para evaluar los síntomas que afectan a los pacientes con cáncer, una de ellas que es conocida mundialmente es la escala de ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale), la cual fue creada por Bruera y sus colegas como herramienta útil que mide la intensidad de los síntomas en pacientes con cáncer avanzado. La ESAS ha sido diseñada para permitir mediciones cuantitativas de la intensidad de los síntomas en los pacientes. (5,6)

La ESAS es útil en la evaluación inicial y en el seguimiento de los síntomas. Permite además al equipo médico, discutir con el paciente el significado de la magnitud en la escala de un síntoma dado, cuando la descripción verbal o la conducta del paciente durante una entrevista no es coherente con la intensidad de ese síntoma que lo aqueja. Es importante tener en cuenta que la interpretación debe ser hecha en el contexto de la evaluación multidimensional, la expresión de un síntoma es la resultante de variables físicos, psicosociales, espirituales y existenciales (9,10).

JUSTIFICACIÓN

La base del estudio se centra, en conocer y determinar de una manera objetiva, los síntomas que con mayor frecuencia son descritos en los pacientes con cáncer, para de este modo poder llevar acabo un mejor abordaje terapéutico, considerando que en la mayoría de los casos en esta patología, los síntomas asociados por la propia enfermedad, o sus tratamientos, condicionan la mayor causa de malestar, sufrimiento, y angustia no solo para el paciente, sino también para su familia.

De este modo, sería importante señalar que en Nicaragua, el Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez, siendo uno de los principales centros de referencia a nivel nacional en oncología, es necesario que cuente con datos donde se reflejen los síntomas asociados que afectan a los pacientes con cáncer de la población que atiende.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la Utilidad de la escala de Edmonton en la evaluación del estado funcional en pacientes con tumores sólidos?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la utilidad de la escala de Edmonton en la evaluación del estado funcional en pacientes con tumores sólidos en el Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Noviembre – Diciembre 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer las características sociodemográficas de los pacientes con tumores sólidos.
2. Determinar los tumores sólidos más frecuentes y estadios clínicos de los pacientes en estudio.
3. Conocer el estado funcional y estadio clínico de los pacientes de acuerdo a escala de Ecog/Karnofsky/Edmonton.
4. Identificar los principales síntomas encontrados en los pacientes con tumores sólidos según la escala Edmonton.

MARCO TEÓRICO

La escala de Edmonton puede ser utilizada como una herramienta de evaluación de los síntomas en los pacientes oncológicos y además ha demostrado mejorar la comunicación y la atención de calidad. (13)

Se deberá poner especial énfasis en la situación clínica particular de cada paciente, en cuáles son los objetivos razonables de cada tratamiento y en establecer qué hacer y qué no hacer en cada momento. Debemos recordar que se trata de pacientes que no tienen posibilidades de un tratamiento curativo y que, no obstante su breve expectativa de vida (semanas o meses), siempre será posible ofrecerles un buen tratamiento sintomático. (7)

En esta situación se le exige al médico una valoración muy precisa de un equilibrio muy delicado: por un lado, no someter al paciente a exámenes inútiles y costosos, no agregar tratamientos agresivos o inoportunos y, por el otro, no descuidar un examen clínico atento y riguroso capaz de develar y prevenir situaciones puntuales que podrían afectar gravemente la calidad de vida del paciente. Es decir, no sobretratar ni subtratar al enfermo, sino saber guardar el equilibrio y valorar en cada circunstancia cuánto beneficio y cuánto perjuicio obtendremos con determinado tratamiento o con determinada abstención terapéutica. (9)

Deberá considerarse que no se trata de dispensar cuidados compasivos, sino que, por el contrario, la actitud clínica será la de indicar un tratamiento rápido y eficaz de todos aquellos síntomas potencialmente reversibles y que apunte a mejorar la calidad de vida del enfermo. Se trata, en fin, de tomar las mejores decisiones en la situación de un enfermo terminal sin prolongar su agonía ni acelerar su muerte. (7)

Los estudios han demostrado evidencia de la validez de ESAS en pacientes con cáncer tanto en enfermedad avanzada y en el curso de la enfermedad, para el control de los síntomas en pacientes paliativos vistos por la oncología. (8,10)

Si la propuesta de los cuidados paliativos es el reajuste a una nueva realidad, será fundamental que tanto el paciente como su familia la conozcan. Este es el motivo por el cual es deseable que el paciente y la familia conozcan el diagnóstico y el pronóstico, esto es, no se trata en el ámbito de los cuidados paliativos de “decir la verdad” como un imperativo moral, sino que la mejor manera de ajustarse a una nueva realidad es empezar por conocerla. (11)

Esto puede no ser fácil en nuestro medio donde todavía es hegemónica una cultura paternalista y donde en muchas de las escuelas de medicina y en la práctica clínica diaria, frecuentemente a instancias de la familia, se mantiene al paciente ignorante y puerilizado. Volvamos ahora al concepto de “dolor total” (sufrimiento): el dolor abarca mucho más que el componente físico. Este no es más que la “punta del iceberg” bajo la cual hay un sinnúmero de situaciones y factores (físicos, sociales, culturales, espirituales, religiosos, económicos, etc.) que hacen de ese dolor una experiencia individual única e irrepetible. (13)

Solamente con una buena comunicación sobre la enfermedad, el manejo de síntomas, las expectativas del paciente y el afrontamiento de los problemas del final de la vida, es que lograremos que el enfermo y su familia puedan enfrentar mejor el “dolor total”, y tener una mayor autonomía y ser capaces, tal vez a través de la medicación, de la resolución de las diversas dificultades que se plantearán a lo largo de la enfermedad. (11)

La mayoría de los pacientes experimentaron una mejoría significativa en todos los síntomas después de una sola visita a una clínica de cuidados paliativos. Estos alentadores resultados apoyan el valor de entrega del equipo de especialistas de medicina paliativa. Un número considerable de pacientes con intensidad moderada o grave al inicio del estudio todavía tenían síntomas con una puntuación ESAS de

cuatro o más, y los pacientes con intensidades de síntomas leves al inicio del estudio había exacerbado en la primera visita de seguimiento. (18)

El Sistema de Evaluación de Síntomas de Edmonton es una herramienta de evaluación de los cuidados paliativos concisa para múltiples síntomas. Ha sido ampliamente utilizado en el ámbito clínico, y ha sido validado para su uso en pacientes con cáncer avanzado. (22)

Los trastornos del humor son algunos de los problemas psiquiátricos más importantes en los pacientes con cáncer. Sin embargo, con frecuencia son infradiagnosticadas y por lo tanto subtratados. Esto puede conducir a dificultades con el control de los síntomas, el aislamiento social y la mala calidad de vida. En el 2006 en la revista de medicina paliativa se realizó un estudio para evaluar el rendimiento de cribado de la escala de Edmonton para la depresión y la ansiedad, en comparación a escala ansiedad y depresión (HADS), Llegando a la conclusión que los valores de más de 2 de 10 en la escala de Edmonton (ESAS) proporcionan una sensibilidad aceptable para el diagnóstico de la depresión y ansiedad de acuerdo con la HADS. (11)

Los cambios en la intensidad de los síntomas entre los pacientes con cáncer que reciben cuidados paliativos para pacientes ambulatorios, demostró que la mayoría de los pacientes experimentaron una mejoría altamente significativa en todos los síntomas después de una sola visita a una clínica de cuidados paliativos, todos los síntomas mejoraron en el grupo moderado a grave, y hubo una tendencia hacia una exacerbación en el grupo síntomas leves o ausentes.

En un estudio de profesionales la población de Ontario, Canadá proporciona una visión global de las actitudes de los clínicos hacia la detección de los síntomas del cáncer y evaluación utilizando instrumentos estandarizados tales como las AES. Se destacó la necesidad de adaptar los síntomas de detección de ciertas poblaciones. Varias barreras para la detección de los síntomas y el uso de las AES en la práctica diaria fueron identificados y deben ser abordados, tales como las percepciones que

podría adoptar lejos de una clínica ocupada y que algunos pacientes reportan síntomas no relacionados con el cáncer. (12)

La depresión clínica se presentó en más del 50% de los pacientes independientemente de su situación funcional, lo que implica que se relaciona más con la enfermedad de base, que con su estadio y sobre todo con el proceso adaptativo que el paciente realiza para aceptar y/o sobrellevar su enfermedad. La psico-oncología en las últimas cinco décadas ha concentrado gran parte de su atención en la importancia de la detección temprana y tratamiento oportuno de la depresión en estos enfermos, pues mejora la calidad de vida del paciente y de su grupo familiar, y disminuye la morbimortalidad, comparados con aquellos que no reciben tratamiento.(19,20)

El nivel de “performance status” inferior a 40, evaluado por Karnofsky, en los pacientes neoplásicos hospitalizados, se asoció a significativa mayor mortalidad hospitalaria, uso de quimioterapia y cuidados paliativos, a internación por infecciones, dolor y complicaciones neoplásicas, y a presencia de síndrome confusional, postración y escaras de decúbito. La valoración del estado funcional es una herramienta importante a la hora de evaluar el pronóstico y decidir conductas diagnósticas y terapéuticas en los pacientes oncológicos en todas las etapas de su enfermedad. (6,7)

Los pacientes con neoplasias malignas avanzadas frecuentemente desarrollan devastadores síntomas físicos y psicológicos. Estos síntomas requieren una valoración y manejo individualizado. Por otra parte, progresivamente se establece un declinar funcional paralelo al declinar espiritual y preocupaciones económicas. También sus cuidadores primarios y otros miembros de la familia, pueden experimentar angustia y dolor, por lo que necesitan una combinación de asistencia psicológica y educación acerca de la enfermedad de su familiar. La mayoría de las familias referidas a programas de cuidados paliativos declaran que ellos hubiesen preferido un acercamiento más temprano. (3,2)

MATERIAL Y METODO

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal.

POBLACIÓN Y MUESTRA

El Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez es de referencia nacional en oncología el cual ingresan a diario pacientes con tumores sólidos.

El universo son todos los pacientes con tumores sólidos.

La muestra por conveniencia son todos los pacientes diagnosticados con tumores sólidos del periodo noviembre a diciembre del 2017, conformado por 74 pacientes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes hospitalizados con diagnóstico de tumor sólido.

Ambos sexos.

Edades de 15 a más años.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Que no deseen participar en el estudio.

UNIDAD DE ANÁLISIS

La recopilación y procesamiento de la información es de fuente primaria de todos los pacientes con tumores sólidos.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

La información fue registrada en un formulario con las variables de interés y fue enviada a una base de datos en programa Microsoft Excel, para su posterior análisis con paquete estadístico SPSS 20 para Windows.

Se presentaron los resultados de las variables continuas con medidas de tendencia central y desviación estándar. Las variables ordinales y nominales fueron presentadas en frecuencias y porcentajes.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

NÚMERO	VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA
1	Edad	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio.	Ficha de recolección de datos.	Número de años
2	Sexo	Característica sexual secundaria.	Ficha de recolección de datos.	1: Masculino 2: Femenino
3	Procedencia	Principio de donde nace o deriva	Ficha de recolección de datos.	1: Urbano 2: Rural
4	Nivel económico.	Medida total económica de la preparación laboral de una persona	Ficha de recolección de datos.	1: Bueno 2: Regular 3: Malo
5	Escolaridad	Grado de instrucción	Ficha de recolección de datos.	0: Ninguna 1: Primaria 2: Secundaria 3: Superior
6	Estadio clínico	cantidad o grado de diseminación del cáncer en el cuerpo	Ficha de recolección de datos.	1: Estadio I 2: Estadio II 3: Estadio III 4: Estadio IV
7	Tratamiento oncológico	Conjunto de medios cuya finalidad es la curación o el alivio	Ficha de recolección de datos.	0: No 1: Si
8	Escala Edmonton	Instrumento de evaluación para mejorar el seguimiento y cuidados de los pacientes con cáncer avanzado.	Ficha de recolección de datos.	Leve: 0-3 Moderado: 4-6 Grave: 7-10

9	Escala Ecog	Forma práctica de medir la calidad de vida de un paciente con cáncer.	Ficha de recolección de datos.	0: Normal-síntomas menores 1: Actividades diarias con esfuerzo. 2: Asistencia ocasional, cuidados médicos 3: Discapacitado, requiere hospitalización. 4: Muy enfermo, moribundo 5: Muerto
10	Escala Karnofsky	Forma típica de medir la capacidad de los pacientes con cáncer de realizar tareas rutinarias.	Ficha de recolección de datos.	100-80: Asintomático-síntomas moderados 70-50: No necesita asistencia-necesidad de asistencia 40-30: Encamado 50% tiempo-mayor tiempo encamado 20: Completamente encamado, dependiente cuidado familiar y médico. 10: Comatoso 0: Fallecido

RESULTADOS

De acuerdo a la muestra las características sociodemográficas de los pacientes con tumores sólidos en estudio el 25,7 % eran mayores de 65 años, del sexo masculino 58.1%. A pesar que eran de procedencia urbana en un 52,7%, presentaban un nivel socioeconómico regular representando el 91,9% y con nivel de instrucción primaria 56,8%.

Los tumores sólidos que más se encontraron en los pacientes hospitalizados durante el periodo en estudio fueron el cáncer de colon y recto con un 8,1%, seguido del cáncer gástrico en un 6% de los cuales el 43.2% eran estadio clínico IV.

El estado funcional de los pacientes en estudio según la escala de Edmonton fue grave en un 59%, lo que hace suponer que los pacientes portadores de tumores sólidos presentan múltiples síntomas.

Según la escala de Karnofsky el 37,9 % de los pacientes con tumores sólidos presentaban estadio clínico IV, con una evolución desde asintomático hasta síntomas moderados en correspondencia con la escala de Ecog 36,4% con síntomas menores.

Las proporciones de pacientes con síntomas clínicamente significativos fueron: dolor de 71%, la fatiga 85%, náuseas 27%, la depresión 40%, ansiedad 43%, anorexia 52%, somnolencia 62%, el bienestar 70%, falta de aire 38%, y trastornos del sueño 62%.

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

De acuerdo a las características basales de los pacientes en estudio estos no difieren en la bibliografía encontrada en Texas, Japón y Europa que comparten el mismo porcentaje de distribución por edad, sexo y procedencia urbana, excepto en Japón que el nivel de instrucción era superior. En un estudio multicéntrico al comparar dos versiones de numeración del Sistema de Evaluación de Síntomas de Edmonton en pacientes con cuidados paliativos, la mayoría eran pacientes (84%), con una edad media de 61 años y una distribución equitativa de hombres y mujeres.

El cáncer de colon y recto es el tumor que más coincide en la literatura como el más frecuente. Según el comité de alivio del dolor del cáncer en estados unidos y la revista de medicina paliativa de chile los que ocupan el segundo y tercer lugar son el cáncer genitourinario y el cáncer de mama respectivamente. A diferencia de un estudio multicéntrico de la división de Medicina de Cuidados Paliativos del Departamento de Oncología, Universidad de Alberta, y el Departamento de control de síntomas y cuidados paliativos se concluyó que los dos diagnósticos de cáncer más frecuentes fueron de pulmón (26%) y gastrointestinal (22%).

La mayoría de pacientes que son evaluados según la escala de Edmonton existe una concordancia entre el estadio clínico y el puntaje de síntomas graves por la escala de Edmonton lo que coincide con la realidad descrita en otros países. Uno de los aportes de la medicina paliativa ha sido el desarrollo de herramientas para objetivar la carga sintomática de los pacientes, basándose en escalas de autoevaluación de síntomas como la que utilizamos en nuestro estudio.

Edmonton es una escala más práctica para el paliativista en cuanto al mejoramiento de cada uno de los síntomas en los pacientes con estadio avanzado de la enfermedad independientemente el tipo de cáncer donde el 28.4% se encontraban con una clasificación grave. Se ha demostrado una alta correlación entre la Escala ECOG y el Índice de Karnofsky en el estudio de Loperinzi y en el estudio de Buccheri.

Los cambios rápidos de síntomas se explican cuando la trayectoria del cáncer se aproxima más a la fase terminal, es por eso que existen variaciones en la literatura donde se reportan el predominio de otros síntomas como por ejemplo la depresión o ansiedad como las más frecuentes pero siempre llevan implícito el dolor. Los estudios basados en Edmonton han revelado grupos de síntomas discretos en pacientes con metástasis óseo y cerebral. En el primer caso, Chow y sus colegas estudiaron 518 pacientes con metástasis óseas y documentados tres síntomas que representan el 66% de la varianza total de los síntomas: fatiga, dolor y somnolencia, También es posible que ciertos factores clínicos o demográficos pueden correlacionarse con los síntomas o grupos de síntomas. En un estudio de cáncer medicine publicado en el 2017 se demostró que el cansancio y la somnolencia representaron un grupo de síntoma principal.

CONCLUSIÓN

La escala de Edmonton es útil porque los síntomas no son medibles por las escalas de Ecog y Karnofsky y no precisan que síntomas serán tratados en los pacientes con estadio avanzado de la enfermedad.

Edmonton aporta datos para que el médico clínico trate y maneje los síntomas más frecuentes como la fatiga en un 85% y el dolor 71%.

RECOMENDACIONES

Dar a conocer a las autoridades de nuestra unidad, los resultados del estudio con el fin de contar con datos donde se reflejen los síntomas asociados que afectan a los pacientes con cáncer de la población que se atiende a diario.

Creación de una clínica de cuidados paliativos y disponer de un equipo multidisciplinario como interconsultor puede claramente constituir un complemento útil para mejorar la calidad de la atención que entregamos a nuestros pacientes.

Entrenamiento diario al equipo médico y de enfermería para el proceso de detección temprana ante la presencia de síntomas graves y ser referidos de inmediato a la clínica de cuidados paliativos para evaluación psicológica, paliativa y psiquiátrica.

Los principales miembros del equipo de cuidados paliativos deben realizar reuniones semanales para asegurar que los procedimientos adecuados para la detección y triage para síntomas graves fueran seguidos y proporcionar supervisión de la integridad de la documentación de la escala de Edmonton, así como la aplicación al 100% de los pacientes con tumores sólidos.

ANEXO

Tabla 1. Características basales de los pacientes en estudio.

n: 74		
	N°	%
Edad mayor de 65 años	19	25,7
Sexo		
Masculino	43	58,1
Femenino	31	41,9
Procedencia		
Urbano	39	52,7
Rural	35	47,3
Nivel socioeconómico		
Bueno	2	2,7
Regular	68	91,9
Malo	4	5,4
Nivel de instrucción		
Ninguna	8	10,8
Primaria	42	56,8
Secundaria	21	28,4
Superior	3	4,1
Area geográfica		
Nueva segovia	3	4,1
Madriz	1	1,4
Estelí	1	1,4
Chinandega	1	1,4
León	2	2,7
Managua	27	36,5
Masaya	7	9,5
Granada	3	4,1
Rivas	3	4,1
Boaco	1	1,4
Chontales	2	2,7
Matagalpa	12	16,2
Jinotega	2	2,7
Raan	3	4,1
Raas	5	6,8
Rio San Juan	1	1,4

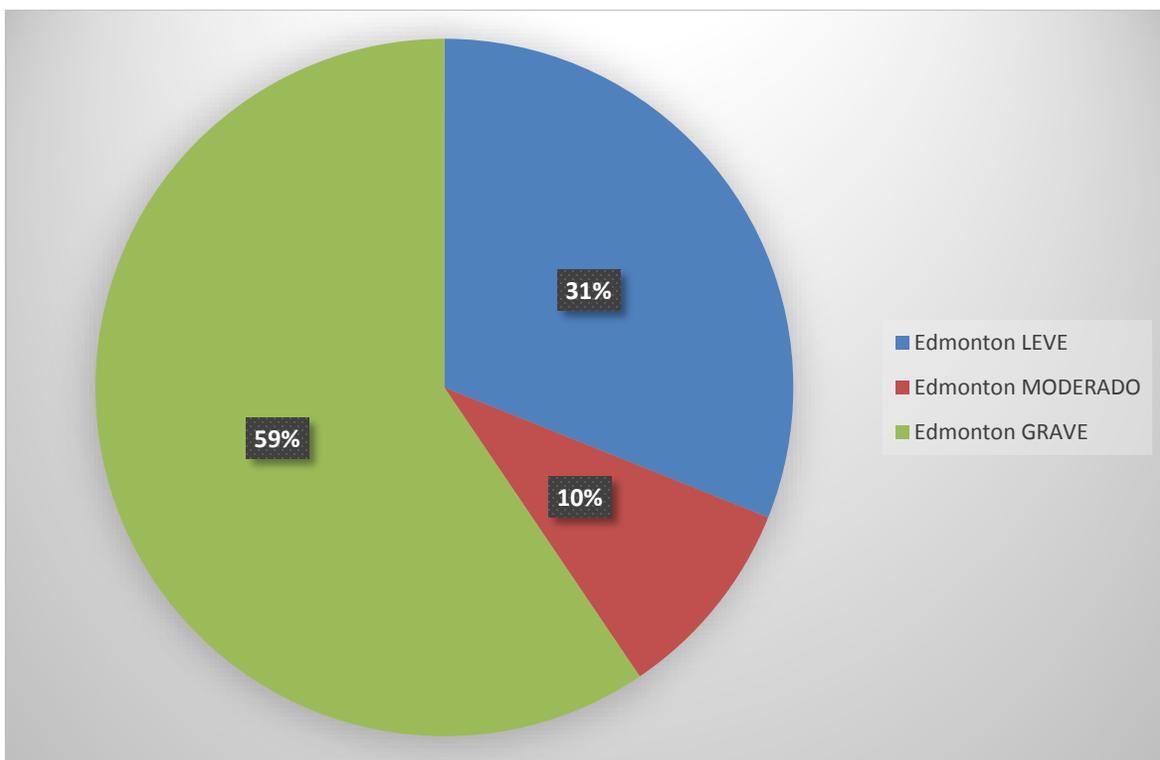
Fuente: Base de datos

Tabla 2. Distribución porcentual de los tumores sólidos según el estadio clínico.

HISTOPATOLOGICO	n=74			
	ESTADIO CLÍNICO %			
	I	II	III	IV
Estómago	1.3	5.4	2.3	6.0
Colon y recto	0	1.3	1.3	8.1
Cabeza y cuello	1.3	0	5.0	2.7
Cáncer de origen desconocido	0	0	0	5.4
Mama	0	1.3	2.7	2.4
Glándula salival	1.3	0	0	0
Próstata	2.7	2.7	0	0
Linfoma no Hodgkin	5.4	1.3	5.0	5.4
Linfoma Hodgkin	2.7	0	0	5.4
Renal	0	0	0	1.3
Tejidos blandos (sarcomas)	2.7	0	1.3	1.3
Ovario	1.3	0	0	0
Testicular	0	0	1.3	1.3
Melanoma	0	1.3	0	0
Sebáceo	1.3	0	0	0
Neuroendocrino	0	0	0	1.3
Carcinoma basocelular	2.2	0	0	1.3
Cáncer de tiroides	2.1	0	0	1.3
Total	24.3	13.5	18.9	43.2

Fuente: base de datos

Gráfico 1. Estado funcional de los pacientes de acuerdo la escala de Edmonton.



Fuente: tabla 3.

Tabla 3. Estado funcional y estadio clínico según escala Karnofsky/ECOG/Edmonton.

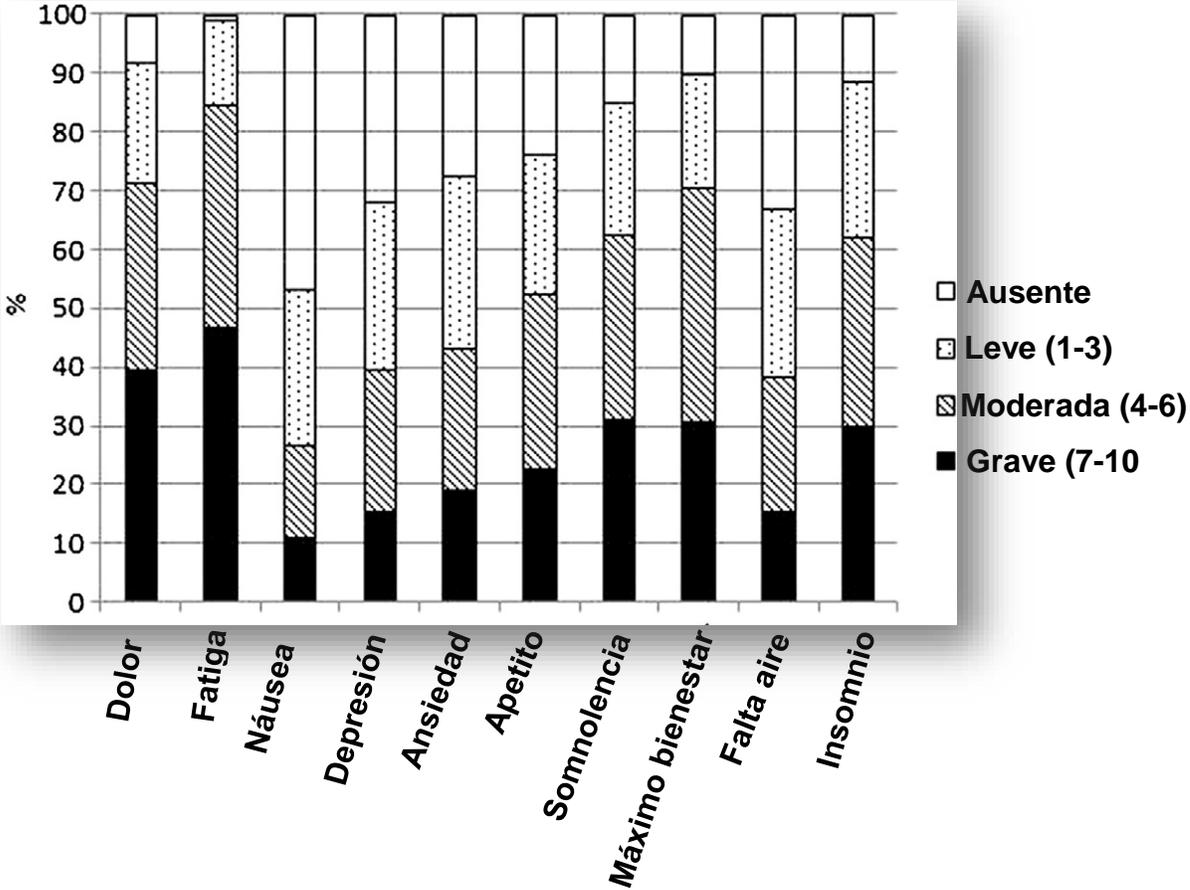
KARNOFSKY	ESTADIO CLÍNICO %				n=74
	I	II	III	IV	Total
0	1.3	0	0	0	1.3
50	2.7	0	0	0	2.7
30	0	0	0	1.3	1.3
50	0	2.7	2.7	4.0	9.4
60	0	0	1.3	0	1.3
70	0	0	1.3	9.5	10.8
80	6.8	5.4	1.3	9.5	23.0
90	10.8	5.4	8.3	14.9	39.4
100	2.7	0	4.0	4.0	10.7
Total	24.3	13.5	18.9	43.2	100

ECOG	ESTADIO CLÍNICO %				n=74
	I	II	III	IV	Total
0	16.2	5.4	10.9	17.5	50
1	6.8	5.4	4.0	18.9	35.1
2	0	2.7	4.0	5.5	12.2
3	0	0	0	1.3	1.3
4	1.3	0	0	0	1.3
Total	24.3	13.5	18.9	43.2	100

EDMONTON	ESTADIO CLÍNICO %				n=74
	I	II	III	IV	Total
LEVE	10.8	2.7	5.4	12.1	31.0
MODERAD O	1.3	2.7	2.7	2.7	9.4
GRAVE	12.2	8.1	10.8	28.4	59.5
Total	24.3	13.5	18.9	43.2	100

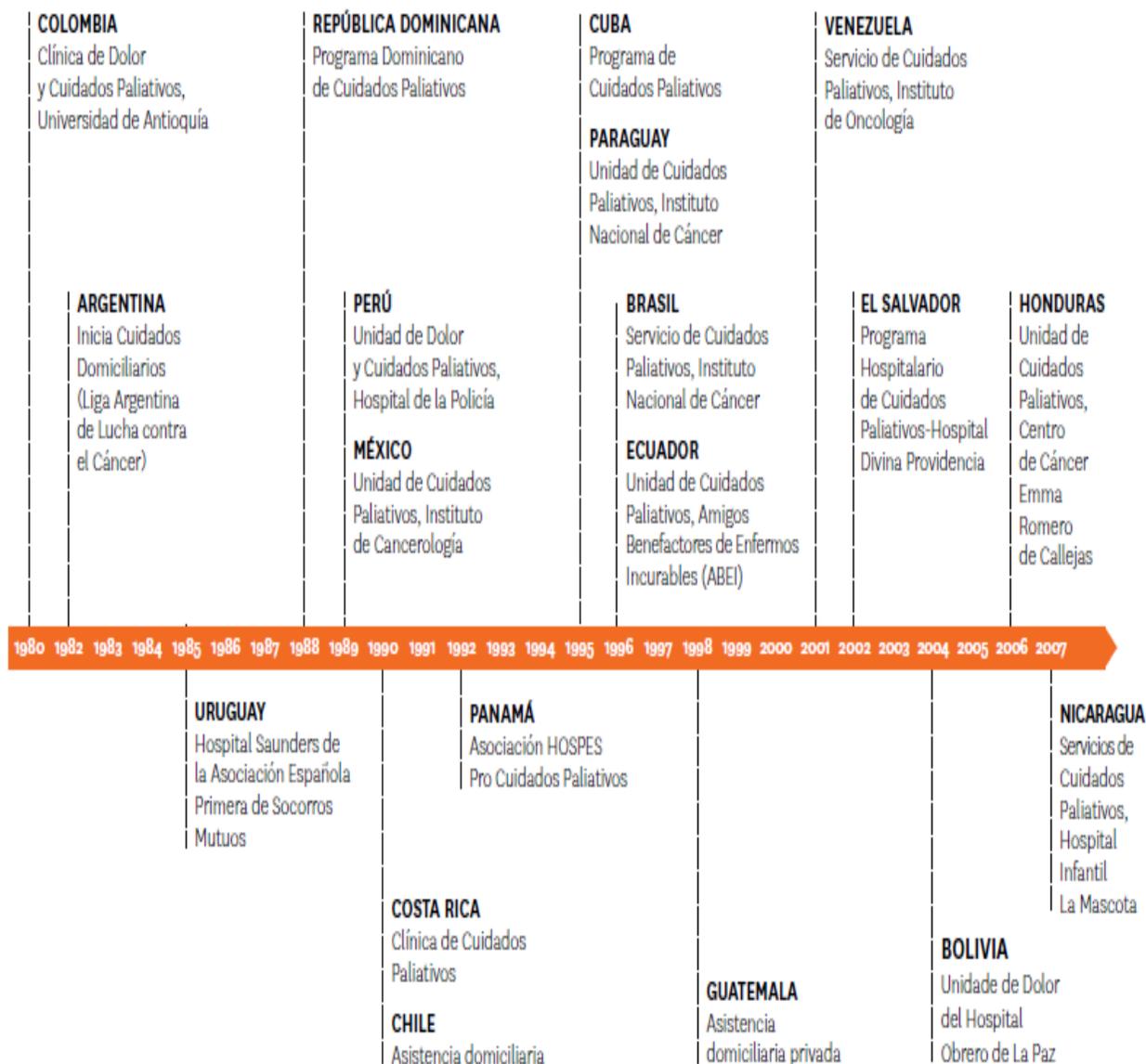
Fuente: base de datos.

Gráfico 2. Principales síntomas encontrados en los pacientes con tumores sólidos según la escala Edmonton.



Fuente: base de datos.

Figura 1. Surgimiento de cuidados paliativos por país y año.



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Número de Expediente _____ Número de Cuestionario:

Fecha de llenado ____/____/____

Portada de tesis tumores sólidos

Características sociodemográficas:

- 1) Edad en años: _____ Edad mayor de 65 años: sí () no ()
- 2) Sexo: M () F ().
- 3) Procedencia: Urbano () Rural () Área geográfica: _____
- 4) Nivel económico: Bueno () Regular (). Malo: ()
- 5) Escolaridad: _____

Características de la neoplasia y su abordaje:

- 6) Diagnóstico _____ oncológico:
 - 7) Estadío clínico () _____
 - 8) Tiempo de evolución de la neoplasia: _____
 - 9) Manifestaciones _____ clínicas:
-

Estado funcional:

- 10) Escala funcional encontrada ECOG () Karnofky ()
- 11) Escala funcional de Edmonton: ()

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Estamos realizando una investigación sobre la utilidad de la escala de Edmonton en la evaluación del estado funcional en pacientes con tumores sólidos el autor asegura que el estudio es completamente confidencial y anónimo, su participación nos ayudara a trazar estrategias para lograr incrementar el nivel de conocimiento sobre este tema.

Desea participar: si_ no_

Firma del participante: _____

A los _____ días del mes _____ del 2017.

Nombre del médico: Dr. Deyvis Joacsi López Dávila: _____

Escala Karnofsky y Ecog

CARACTERIZACIÓN DE LOS SÍNTOMAS	KPS	COMENTARIO	ECOG
Asintomático	100	Normal, sin quejas , sin evidencia de enfermedad	0
Síntomas leves	90	Puede desempeñar actividades normales, signos o síntomas menores de enfermedad.	
Síntomas moderados	80	Realiza actividades cotidianas con esfuerzo, algunos signos o síntomas de enfermedad	1
No necesita asistencia	70	Puede cuidar de sí mismo, pero no puede ejecutar actividades cotidianas o algún trabajo activo	
Requiere asistencia ocasionalmente	60	Requiere asistencia ocasional, pero puede realizar la mayoría de sus necesidades básicas	2
Necesidad considerable de asistencia	50	Requiere asistencia considerablemente y frecuentemente cuidados médicos	
Encamado en aproximadamente el 50% del tiempo	40	Discapacitado, requiere cuidados especiales de asistencia	3
La mayor parte del tiempo encamado	30	Gravemente discapacitado, requiere hospitalización aunque la muerte no es inminente	
Completamente encamado y dependiente de cuidados profesionales y familiares	20	Requiere hospitalización, muy enfermo que requiere activamente tratamiento de soporte	4
Completamente encamado y comatoso y apenas responde a estímulos	10	Moribundo, con desenlace rápidamente progresivo e irreversible	
Fallecido	0	Muerto	5

Escala de Edmonton

Mínimo síntoma	Intensidad	Máximo síntoma
Sin dolor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo dolor
Sin cansancio	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo cansancio
Sin náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima náusea
Sin depresión	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima depresión
Sin ansiedad	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima ansiedad
Sin somnolencia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima somnolencia
Buen apetito	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sin apetito
Máximo bienestar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo malestar
Sin falta de aire	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima falta de aire
Sin dificultad para dormir	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima dificultad para dormir

BIBLIOGRAFIA

1. Reiss F: Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *Soc Sci Med* 2013, 90:24–31.
2. Canadian Institute of Child Health (CICH): The health of Canada's children: A CICH profile. 3rd edition. Ottawa: Canadian Institute of Child Health; 2000.
3. Spady DW, Schopflocher DP, Svenson LW, Thompson AH: Prevalence of mental disorders in children living in Alberta, Canada, as determined from physician billing data. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001, 155(10):1153–1159.
4. Guttman A: Child poverty, health and health care use in Canada. *Paediatr Child Health* 2001, 6(8):509–513.
5. Dooley M, Stewart J: Family income and child outcomes in Canada. *Can J Econ* 2004, 37(4):898–917.
6. Yoshikawa H, Aber JL, Beardslee WR: The effects of poverty on the mental, emotional, and behavioral health of children and youth. *Am Psychol* 2012, 67(4):272–284.
7. Lipman EL, Offord DR, Boyle MH: What if we could eliminate child poverty? the theoretical effect on child psychosocial morbidity. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996, 31(5):303–307.
8. Ross DO, Roberts PW: Income and child well-being: a new perspective on the poverty debate. Ottawa: Canadian Council on Social Development; 1999.
9. Willms JD: Vulnerable children: findings from Canada's national longitudinal survey of children & youth. Edmonton, Canada: University of Alberta; 2002.
10. David P. Ross, Mark Kelly, Katherine Scott: Child poverty: what are the consequences? Kanata: Canadian Council on Social Development; 1996.
11. Brooks-Gunn Jeanne, Greg J. Duncan, Pia Rebello Britto: Are socioeconomic gradients for children similar to those for adults? achievement and health of children in the united states. In *Developmental health and the wealth of nations: social, biological, and educational dynamics*. Edited by Daniel P. Keating, Clyde Hertzman. New York: Guilford Press; 1999:94–124.
12. Duncan GJ, Brooks-Gunn J, Klebanov PK: Economic deprivation and early childhood development. *Child Dev* 1994, 65(2, Children and Poverty):296–318.
13. Wade TJ, Pevalin DJ, Brannigan A: The clustering of severe behavioural,

health and educational deficits in Canadian children: preliminary evidence from the national longitudinal survey of children and youth. *Can J Public Health* 1999, 90(4):253–259.

14. Evans GW: The environment of childhood poverty. *Am Psychol* 2004, 59(2):77–92.

15. Alberta Health and Wellness, Office of the Chief Medical Officer: Let's talk about the early years: early childhood development. [www.health.alberta.ca/documents/CMOH-Lets-Talk-Early-Years-2011.pdf]

16. Luthar SS: Poverty and Children's adjustment. *Developmental clinical psychology and psychiatry*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 1999.

17. Zaslow M, Moore KA, Tout K, Scarpa J, Vandivere S: How are children faring under health reform? In *Welfare reform: The next Act*. Volume 32. Edited by Weil A, Finegold K. Washington, DC: The Urban Institute; 2002:79–101.

18. Browne G, Byrne C, Roberts J, Schuster M, Ewart B, Gafni A, Watt S, Ashford Y, Jamieson E: Resilience and vulnerability in mothers and children receiving social assistance: prevalence, correlates, and expenditures. *Clin Excellence Nurse Pract* 1997, 1(5):312–323.

19. Jayakody R, Stauffer D: Mental health problems among single mothers: implications for work and welfare reform. *J Soc Iss* 2000, 56(4):617–634.

20. Lennon MC, Blome J, English K: Depression among women on welfare: a review of the literature. *J Am Med Womens Assoc* 2002, 57(1):27–31. 40.

21. Michalopoulos C, Schwartz C, Adams-Ciardullo D: What works best for whom: Impacts of 20 welfare-to-work programs by subgroup. New York: Manpower Demonstration Research Corporation; 2000.

22. Morris PA, Huston AC, Duncan GJ, Crosby DA, Bos JM: How welfare and work policies affect children: A synthesis of research. New York; NY: Manpower Demonstration Research Corporation; 2001.

23. Sweeney EP: Recent studies indicate that many parents who are current or former welfare recipients have disabilities or other medical conditions. Washington, DC: Center on Budget and Policy Priorities; 2000.

24. Browne G, Byrne C, Roberts J, Gafni A, Whittaker S: When the bough breaks: provider-initiated comprehensive care is more effective and less expensive for sole-support parents on social assistance. *Soc Sci Med* 2001, 53(12):1697–1710.

Base de datos y Resultados

Número	Edad	> 65 años	Sexo	Procedencia	Área geográfica	Nivel económico	Escolaridad	Dx. oncológico	Estadio clínico
1	51	no	M	Rural	RAAN	Malo	primaria	ca ductal salival invasor	I
2	63	no	M	Rural	Masaya	regular	secundaria	ca gástrico	III
3	56	no	M	Rural	Matagalpa	regular	primaria	Ca sebaceo infraclavicular izquierdo	I
4	26	no	M	Urbano	Managua	regular	secundaria	tumor germinal seminomatoso	IV
5	43	no	M	Rural	Matagalpa	regular	primaria	sarcoma pleomorfo parrilla costal derecha	IV
6	52	no	M	Rural	Nueva guinea	regular	ninguno	ca gástrico pobremente diferenciado	III
7	56	no	M	urbano	Managua	regular	primaria	tumor neuroendocrino	IV
8	32	no	M	rural	Nueva guinea	regular	primaria	carcinoma poco diferenciado metastasico a cuello	IV
9	72	si	M	Urbano	jalapa	regular	primaria	LNH celulas grandes	IV
10	28	no	M	Urbano	managua	Malo	primaria	ca colon	IV
11	72	si	M	rural	raas	regular	primaria	ca laringeo escamoso moderada diferenciado	III
12	59	no	m	rural	masaya	regular	primaria	ca de recto	IV
13	76	si	m	rural	madriz	regular	primaria	ca gástrico	IV
14	26	NO	M	URBANO	GRANADA	REGULAR	SECUNDARIA	SEMINOMA TIPICO	III
15	66	SI	F	URBANO	MANAGUA	REGULAR	SECUNDARIA	ca gástrico	IV
16	43	NO	M	URBANO	MANAGUA	REGULAR	SECUNDARIA	LINFOMA NO HODGKIN	III
17	38	no	f	rural	siunsa	regular	primaria	ca de celulas acinares de orofaringe	IV
18	71	SI	F	URBANO	MANAGUA	REGULAR	primaria	CRCINOMA GASTRICO INVASOR CELEN ANILLO DE	IV
19	67	SI	F	URBANO	masaya	REGULAR	NINGUNA	MELANOMA DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO	II
20	50	no	f	urbano	MANAGUA	regular	primaria	ca gástrico de celulas en anillo de sello	II
21	68	si	f	rural	rio san juan	regular	primaria	ca epidermoide de cabeza y cuello bien diferencia	II
22	65	no	f	urbano	ciudad sandino	regular	primaria	adenocagastro moderadamente diferenciado	IV
23	58	no	m	urbano	masaya	regular	superior	ca de cuello metastasico de primario desconocido	IV
24	24	no	f	rural	matagalpa	malo	ninguna	carcinoma nasofaringeo	II
25	56	no	f	urbano	managua	rugular	SECUNDARIA	neoplasia maligna de ganglio axilar	I
26	37	no	f	urbana	nueva guinea	regular	secundaria	sarcoma de celulas escamosas de pelvis	III
27	57	no	m	urbano	MANAGUA	regular	NINGUNA	ca laringeo localmete avanzado mas traqueostomi	III
28	76	si	m	rural	nueva segovia	regular	primaria	adenocarcinoma gástrico	IV
29	53	no	m	rural	chontales	regular	primaria	ca renal de celulas claras	IV
30	16	no	f	urbano	managua	regular	SECUNDARIA	tumor maligno de celulas redondas de mediastino	I
31	67	si	f	rural	managua	regular	primaria	tumor de celulas escamosos de ovario derecho	I
32	40	no	f	urbano	managua	regualar	primaria	cancer de recto	IV
33	70	SI	M	URBANO	RIVAS	REGULAR	NINGUNA	CA DE CUERDA VOCAL MODERADAMENTE DIFEREN	I
34	28	SI	F	URBANO	MANAGUA	REGULAR	SECUNDARIA	LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS PEQUEÑAS	III
35	25	NO	M	URBANO	MANAGUA	REGULAR	SECUNDARIA	LNH DE CELUAS GRANDES	I
36	60	NO	F	URBANO	MANAGIA	REGULAR	PRIMARIA	CANCER DE MAMA	III
37	63	no	f	rural	matagalpa	regular	secundaria	ca próstata	II
38	46	no	m	rural	RAAN	malo	primaria	LNH esderosi nodular	IV
39	60	no	f	urbano	managua	regular	primaria	ca tejidos blandos	I
40	60	no	m	urbano	managua	bueno	primaria	LNH difuso celulas grandes	IV
41	26	no	m	urbano	managua	regular	secundaria	LNH celularidad mixta	IV
42	62	no	m	rural	matagalpa	regular	secundaria	ca de mama	IV
43	65	no	f	urbano	managua	bueno	universitario	ca de recto	III
44	69	si	f	rural	matagalpa	regular	primaria	LNH bajo grado	I
45	79	si	m	rural	matagalpa	regular	primaria	ca prostata	I
46	43	no	f	rural	leon	regular	universitario	Linfoma hodgkin	I
47	60	no	m	urbano	managua	regular	ninguno	LNH	IV

Tiempo evolución	Manifestación clínica	Metástasis	Sitio metástasis	Intención terapéutica	Terapia asociada	Quimioterapia	Radioterapia	Cirugía
9 meses	masa sublingual	no	no	curativa	neoadyuvante	si	si	si
1 año	vomito, dolor epigástrico	no	no	paliativa	neoadyuvante	si	no	no
1 1/2 año	masa supradavicular dolorosa, edema brazo	no	no	curativa	neoadyuvante	si	no	no
5 años	disnea	si	pulmon	paliativa	neoadyuvante	si	no	no
5 meses	masa no dolorosa, fiebre	si	pleura	paliativa	neoadyuvante	si	no	no
4 meses	dolor epigástrico, vómitos	no	no	paliativa	neoadyuvante	si	no	no
6 meses	dolor testículos, estreñimiento	si	higado	paliativa	neoadyuvante	no	no	no
4 meses	masa dolorosa cuello, fiebre	si	cuello	paliativa	adyuvante	si	no	no
8 años	fiebre, odinofagia	si	tejidos blandos	paliativa	adyuvante	si	si	no
2 años	dolor rectal	si	higado	paliativa	neoadyuvante	si	si	no
10 meses	disfonia	si	no	curativa	neoadyuvante	si	no	no
1 año	perdida de peso	si	higado	paliativa	neoadyuvante	si	no	no
8 meses	epigastralgia, vomito	si	higado	curativa	adyuvante	si	no	no
1 AÑO	DISNEA	NO	NO	CURATIVA	ADYUVANTE	SI	NO	SI
8 meses	epigastralgia, vomito	SI	HIGADO	QUIMIOTERAPIA	neoadyuvante	SI	NO	NO
1 AÑO	FIBRE, PERDIDA DE PESO	NO	NO	QUIMIOTERAPIA	ADYUVANTE	SI	NO	NO
3 MESES	DISFAGIA	SI	OROFARINGE	NINGUNA	ADYUVANTE	SI	NO	NO
2 MESES	epigastralgia, vomito	SI	RETROPERITONEAL	curativa	neoadyuvante	SI	NO	NO
4 AÑOS	DOLOR	NO	NO	curativa	adyuvante	si	no	si
2 MESES	epigastralgia, vomito, nauseas	no	no	curativa	neoadyuvante	si	no	no
15	odinofagia	si	cuello	curativa	adyuvante	si	si	si
	melena, hematemesis, epigastralgia	si	retroperitoneo	paliativa	neoadyuvante	si	no	no
4 meses	ninguna	si	cuello	curativa	quimioterapia	si	no	no
6 meses	dolor, fiebre, obstrucción de vía aérea	si	ganglio cervical	curativa	adyuvante	si	no	no
18 meses	ninguna	no	no	curativa	adyuvante	si	no	no
15 meses	fibre, dolor en extremidad	si	retroperitoneo	paliativa	neoadyuvante	si	no	no
2 meses	tos, disnea, disfonia	no	no	curativa	neoadyuvante	si	no	no
6 meses	vomito, estreñimiento	si	higado pb mediastino x svcs	paliativa	paliativa	si	no	no
4 años	perdida de peso, dolor	si	pulmon	curativa	adyuvante	si	no	no
6 años	disnea, tos	no	no	curativa	adyuvante	no	no	no
2 MESES	dolor abdominal	no	no	curativa	adyuvante	si	no	no
6 MESES	NAUSEAS, VOMITOS	SI	HIGADO	PALIATIVA	ADYUVANTE	SI	NO	NO
2 MESES	DISFONIA	NO	NO	CURATIVA	adyuvante	SI	NO	NO
2 MESES	DISNEA, DISFONIA, PERDIDA DE PESO	SI	CUELLO	CURATIVA	ADYUVANTE	SI	NO	NO
8 meses	DISNEA, FIEBRE	NO	CUELLO	curativa	adyuvante	SI	NO	NO
2 AÑOS	DOLOR	NO	NO	CURATIVA	adyuvante	SI	NO	NO
4 años	dolor ose o	no	no	curativa	adyuvante	si	no	si
2 años	adenopatias, disnea	si	adenopatía retroperitoneal	curativa	adyuvante	si	no	no
4 años	fiebre, dolor	no	no	curativa	neoadyuvante	si	no	no
1 año	msds inguinal, axilar	si	ingle	curativa	adyuvante	si	no	no
6 meses	fiebre, disnea	si	pleura	curativa	adyuvante	si	si	no
2 años	parálisis facial	si	SNC	curativa	adyuvante	si	no	si
9 meses	dolor abdominal	si	adenopatía retroperitoneal	curativa	adyuvante	si	si	si
1 año	fiebre, sudoración	no	no	curativa	neoadyuvante	si	no	no
1 año	dolor ose o	no	no	curativa	adyuvante	no	no	si
1 año	dolor torácico, adenopatía axilar	no	no	curativa	neoadyuvante	si	no	no
3 años	fiebre, adenopatias	no	no	curativa	neoadyuvante	si	no	no

ECOG registrado	KPS registrado	ECOG real	KPS real	Dolor	Cansancio	Náusea	Depresión	Ansiedad	Somnolencia
0	90	0	90	4	0	0	5	4	0
1	80	1	80	8	0	10	0	0	0
0	90	1	80	4	0	0	0	0	0
0	90	0	90	6	5	0	0	8	0
0	90	0	90	3	0	0	4	3	0
0	90	0	90	4	5	6	6	6	0
2	60	3	30	5	7	5	9	8	10
0	90	0	90	0	0	0	0	0	0
1	60	1	80	3	0	0	0	0	0
2	50	2	50	10	4	5	6	4	0
1	70	1	70	4	6	2	4	6	2
1	80	1	70	5	3	5	3	4	5
1	80	1	70	6	2	6	3	3	2
1		0	90	3	0	0	2	0	0
2	60	2	50	10	2	0	7	6	3
1	70	2	60	0	0	0	0	0	0
1	70	1	80	0		0	0	0	0
1	70	1	80	0	0	4	5	0	0
2	50	2	50	0	0	5	0	0	0
99	99	2	50	8	8	10	8	8	0
o	80	0	100	0	0	0	0	0	0
0	80	0	100	0	0	0	0	0	0
0	100	0	100	0	0	0	0	0	0
2	70	2	50	0	3	10	2	0	0
0	90	0	90	0	0	0	0	0	0
0	90	2	50	10	5	8	4	2	3
0	90	0	90	4	4	0	0	0	0
1	80	2	50	0	2	3	0	0	0
0	90	0	90	4	0	0	0	0	0
0	90	0	100	0	3	0	0	0	0
99	99	1	80	3	0	0	0	0	0
1	70	1	90	0	0	2	0	3	2
0	90	0	100	0	0	0	0	0	0
0	100	0	100	0	0	0	0		0
99	99	1	5	3	0	0	3	0	0
0	90	0	90	4	0	0	4	0	2
1	80	1	80	2	0	0	4	0	0
1	70	1	70	3	2	0	0	0	0
0	90	0	80	4	0	0	2	0	0
1	80	0	90	2	0	0	0	0	0
0	90	0	90	0	0	0	0	0	0
1	80	1	80	3	0	2	5	0	0
1	80	1	90	1	0	0	0	0	0
1	80	0	90	3	1	2	1	4	1
0	90	0	90	4	0	2	0	3	1
0	0	90	0	0	1	0	0	0	0
0	0	1	70	0	3	0	0	0	0

Apetito	Máximo Bienestar	Falta aire	Insomnio	Comunicación	Estado Mental	Dolor	Sensibilidad	Función respiratoria	Mantenimiento postural
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	3	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
7	4	0	3	0	0	0	1	0	0
10	10	3	0	2	2	1	1	0	2
3	0	0	5	0	0	0	0	0	0
0	0	0	5	0	0	0	0	0	0
8	10	3	6	0	0	2	0	0	2
0	6	4	6	2	0	0	0	1	0
3	7	4	7	0	0	1	0	0	0
9	3	0	0	0	0	1	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	5	2	8	0	0	1	0	0	0
0	3	2	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	1	0	0	0	0	0	1	0	2
9	5	4	7	0	0	1	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	5	3	0	2	0	0	0	2	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	5	0	8	3	0	3	1	0	2
0	3	3	3	1	0	1	0	1	0
4	3	2	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
0	0	4	1	0	0	1	1	2	0
1	0	1	0	0	0	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	3	4	5	0	0	1	1	1
0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
2	1	0	0	0	0	1	0	0	0
0	0	2	0	0	0	1	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	2	0	0	0	0	0	0	0

Movilidad extremidades	Nivel Actividad	Movilidad silla ruedas	ABVD	Capacidad funcional autopercebida	Condición actual	Tiempo primera atencion y Dx.
0	0	0	0	0	0 controlado	>9 semanas
0	0	0	0	0	0 controlado	>9 semanas
1	0	0	0	0	controlado	>9 semanas
0	0	0	0	0	0 Metastasis	>9 semanas
1	1	0	0	0	0 controlado	>9 semanas
0	0	0	0	0	0 recidiva	>9 semanas
2	3	3	3	3	3 Metastasis	>9 semanas
0	0	0	0	0	0 Metastasis	3-6 semanas
0	0	0	0	0	0 Metastasis	6-9 semanas
0	2	0	2	2	2 Metastasis	6-9 semanas
0	1	0	2	2	0 controlado	>9 semanas
0	1	0	1	1	1 controlado	>9 semanas
0	1	0	1	1	1 CONTROLADO	3-6 SEMANAS
0	0	0	0	0	0 NO CONTROLADO	>9 SEMANAS
0	1	1	1	1	1 METASTASIS	>9 semanas
1	1	1	0	0	0 recidiva	6-9 semanas
0	0	0	0	0	0 METASTASIS	06-sep
0	0		0	0	0 METASTASIS	>9 semanas
2	2	2	2	2	2 recidiva	6-9 semanas
0	1	0	1	1	1 recidiva	>9 semanas
0	0	0	0	0	0 controlada	>9 semanas
0	0	0	0	0	0 controlada	>9 semanas
0	0	0	0	0	0 metastasis	6-9 semanas
1	0	0	2	2	2 metaastasis	>9 semanas
0	0	0	0	0	0 controlado	3-6 SEMANAS
2	0	2	0	0	1 recidiva	>9 semanas
0	0	0	0	0	0 controlado	6 semanas
0	2	0	0	0	0 metastasis	2 semanas
0	0	0	0	0	0 METASTASIS	>9 semanas
0	0	0	0	0	0 controlado	6 semanas
0	0	0	0	0	0 controlado	6-9 semanas
0	1	0	0	0	0 METASTASIS	>9 semanas
0	0	0	0	0	0 CONTROLADO	3-6 SEMANAS
0	0	0	0	0	0 CONTROLADO	3-6 SEMANAS
0	0	0	0	0	0 CONTROLADO	>90 SEMANAS
0	0	0	0	0	0 CONTROLADO	>9 semanas
0	1	0	1	1	1 controlado	6-9 semanas
0	0	0	0	0	0 controlado	>9 semanas
1	1	1	1	1	0 controlado	6-9 semanas
0	0	0	0	0	0 controlado	>9 semanas
0	0	0	0	0	0 controlado	6-9 semanas
1	1	1	2	2	2 controlado	6-9 semanas
0	0	0	0	0	0 metastasis	6-9 semanas
0	1	0	1	1	1 recidiva	>9 semanas
0	1	0	1	1	0 controlado	6-9 semanas
0	0	0	0	0	0 recidiva	>9 semanas
0	1	0	1	1	1 controlado	>9 semanas

n: 74		
	N°	%
Edad mayor de 65 años	19	25,7
Sexo		
Masculino	43	58,1
Femenino	31	41,9
Procedencia		
Urbano	39	52,7
Rural	35	47,3
Nivel socioeconómico		
Bueno	2	2,7
Regular	68	91,9
Malo	4	5,4
Nivel de instrucción		
Ninguna	8	10,8
Primaria	42	56,8
Secundaria	21	28,4
Superior	3	4,1
Area geográfica		
Nueva segovia	3	4,1
Madriz	1	1,4
Estelí	1	1,4
Chinandega	1	1,4
León	2	2,7
Managua	27	36,5
Masaya	7	9,5
Granada	3	4,1
Rivas	3	4,1
Boaco	1	1,4
Chontales	2	2,7
Matagalpa	12	16,2
Jinotega	2	2,7
Raán	3	4,1
Raas	5	6,8
Rio San Juan	1	1,4

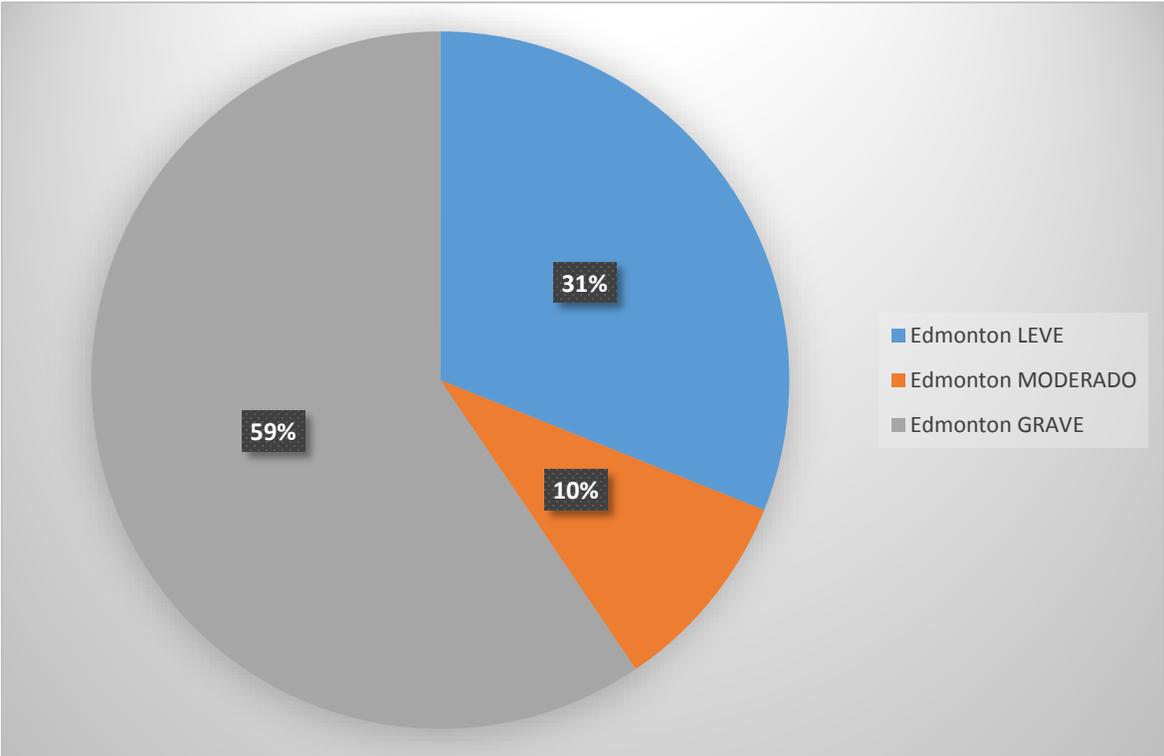
Fuente: Base de datos

Tabla 2. Distribución porcentual de los tumores sólidos según el estadio clínico.

HISTOPATOLOGICO	n=74			
	ESTADIO CLÍNICO %			
	I	II	III	IV
Estómago	1.3	5.4	2.3	6.0
Colon y recto	0	1.3	1.3	8.1
Cabeza y cuello	1.3	0	5.0	2.7
Cáncer de origen desconocido	0	0	0	5.4
Mama	0	1.3	2.7	2.4
Glándula salival	1.3	0	0	0
Próstata	2.7	2.7	0	0
Linfoma no Hodgkin	5.4	1.3	5.0	5.4
Linfoma Hodgkin	2.7	0	0	5.4
Renal	0	0	0	1.3
Tejidos blandos (sarcomas)	2.7	0	1.3	1.3
Ovario	1.3	0	0	0
Testicular	0	0	1.3	1.3
Melanoma	0	1.3	0	0
Sebáceo	1.3	0	0	0
Neuroendocrino	0	0	0	1.3
Carcinoma basocelular	2.2	0	0	1.3
Cáncer de tiroides	2.1	0	0	1.3
Total	24.3	13.5	18.9	43.2

Fuente: base de datos

Gráfico 1. Estado funcional de los pacientes de acuerdo la escala de Edmonton.



Fuente: tabla 3.

Tabla 3. Estado funcional y estadio clínico según escala Karnofsky/ECOG/Edmonton.

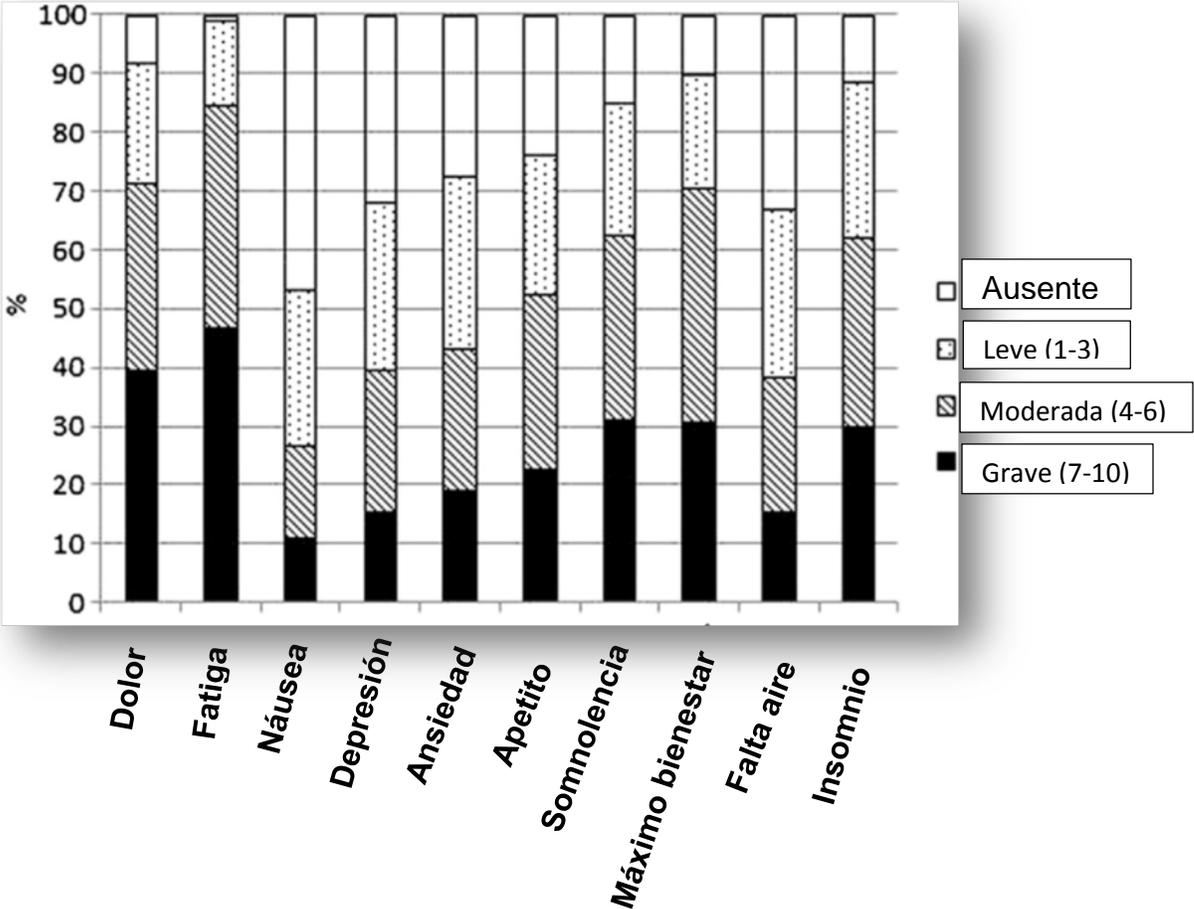
KARNOFSKY	ESTADIO CLÍNICO %				n=74
	I	II	III	IV	Total
0	1.3	0	0	0	1.3
50	2.7	0	0	0	2.7
30	0	0	0	1.3	1.3
50	0	2.7	2.7	4.0	9.4
60	0	0	1.3	0	1.3
70	0	0	1.3	9.5	10.8
80	6.8	5.4	1.3	9.5	23.0
90	10.8	5.4	8.3	14.9	39.4
100	2.7	0	4.0	4.0	10.7
Total	24.3	13.5	18.9	43.2	100

ECOG	ESTADIO CLÍNICO %				n=74
	I	II	III	IV	Total
0	16.2	5.4	10.9	17.5	50
1	6.8	5.4	4.0	18.9	35.1
2	0	2.7	4.0	5.5	12.2
3	0	0	0	1.3	1.3
4	1.3	0	0	0	1.3
Total	24.3	13.5	18.9	43.2	100

EDMONTON	ESTADIO CLÍNICO %				n=74
	I	II	III	IV	Total
LEVE	10.8	2.7	5.4	12.1	31.0
MODERAD O	1.3	2.7	2.7	2.7	9.4
GRAVE	12.2	8.1	10.8	28.4	59.5
Total	24.3	13.5	18.9	43.2	100

Fuente: base de datos.

Gráfico 2. Principales síntomas encontrados en los pacientes con tumores sólidos según la escala Edmonton.



Fuente: base de datos.