



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Facultad de Medicina

Hospital de la Mujer Bertha Calderón Roque.

Informe final de investigación

Para optar al título de Médico Ginecobstetra

“CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS DE
PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – ONCOLOGÍA DEL
HOSPITAL DE LA MUJER BERTHA CALDERÓN ROQUE DE MANAGUA. ENERO
2015 A DICIEMBRE 2017.”

Autor:

Dra. Arling Alemán Arce.

Médico Residente de IV año de Ginecobstetricia.

Tutor:

Dr. Carolina Amoretty Huerta.

Médico Especialista en Ginecobstetricia.

Gineco – oncóloga

Hospital de la Mujer Bertha Calderón Roque.

Asesor Metodológico:

Dr. Eladio Meléndez. MSSR.

Managua, 2018.

DEDICATORIA

A Dios pilar fundamental de mi vida, quien siempre camina a mi lado y ha hecho siempre de cada petición y cada sueño una realidad.

A mis padres Iván Alemán Zeledón y Fátima Arce Téllez la mayor prueba de que el amor incondicional existe, quienes a lo largo de mi vida me han brindado todo su apoyo para alcanzar mis metas propuestas.

A mis hermanas, Luz Keyling y Fátima, quienes han sido mis mejores amigas en este hermoso camino llamado vida.

A mi mamita Ana Luz Zeledón quien me cuida desde el cielo, uno de mis mayores ejemplos a seguir. Gracias mamita por todos tus consejos.

A mi sobrina Lauren Elisa, a quien amo con todo mi corazón.

AGRADECIMIENTO

A Dios mi padre celestial quien ha abierto todas las puertas en el camino de mi vida y nunca me ha abandonado, cumpliéndome todas y cada una de sus promesas.

A quienes hacen posible q tengamos la oportunidad de optar a realizar una especialidad.

A mi familia la mejor de todas, gracias por todo el amor y apoyo incondicional en este y todos los proyectos de mi vida.

A mis compañeros de residencia que a lo largo de estos cuatro años se convirtieron en mi segunda familia, con quienes compartí momentos únicos los cuales quedaran guardados en mi mente y mi corazón.

A todos mis maestros, gracias por todas sus enseñanzas, la paciencia y tiempo invertido en mi formación, nunca poder pagar todo lo recibido.

Gracias Dr. Pravia, Dr. Méndez, Dra. Ibarra, Dra. Sonia Cabezas, Dra. Juárez personal de dirección y sindicato y todo el personal con el que trabaje de cerca durante este último año, compañeros de clave, médicos especialistas de ginecobstetricia, y otras especialidades, personal de enfermería técnicos quirúrgicos, por todas las experiencias compartidas y todo lo q me enseñaron q para mi representa un tesoro invaluable.

A mi tutora Dra. Carolina Amoretty quien además de ser una excelente oncóloga, es un ser humano de gran corazón.

A cada uno de mis maestros en este hospital, quienes se convirtieron en la piedra angular para mi formación, sin ellos no lo hubiese logrado.

OPINION DEL TUTOR

El presente estudio realizado por la Dra. Arling Alemán Arce residente de IV año de ginecología y obstetricia del hospital Bertha Calderón con el tema:

“Cumplimiento del protocolo para los cuidados paliativos de pacientes atendidas en el servicio de gineco – oncología del hospital de la mujer Bertha Calderón roque de Managua. Enero 2015 a diciembre 2017.” Reviste especial importancia pues conocemos que un alto porcentaje de nuestras pacientes oncológicas requieren de cuidados paliativos desde el momento del diagnóstico hasta el desenlace de sus días.

Por tanto la aplicación adecuada y oportuna del protocolo de cuidados paliativos desempeña un papel fundamental en mejorar la calidad de vida de todas nuestras pacientes quienes no tienen opción de tratamiento curativo ; pero que pueden acceder a tratamientos y terapias que disminuyan la intensidad de sus síntomas no solo físicos ,si no también emocionales y psicológicos.

De manera que los resultados obtenidos en esta investigación nos den una orientación de lo que hasta la fecha con todos nuestros esfuerzos como parte de personal de esta institución hemos logrado, con el fin de identificar nuestras debilidades y hacer énfasis en mejorarlas.

Dra. Carolina Amoretty Huerta

Gineco – oncóloga

HBCR

RESUMEN

Los datos recabados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) muestran que la mayoría de los pacientes con cáncer en los países de bajos y medianos ingresos son diagnosticados cuando la enfermedad está en fase avanzada.

Estos pacientes al no tener una respuesta adecuada al tratamiento curativo, necesitan de terapias y acciones que les permitan mejorar su calidad de vida, en pro de tener un desenlace más digno y menos doloroso donde se les brinde atención médica, psicológica y social donde se le den respuesta las necesidades que estos demanden.

Con el objetivo de determinar el cumplimiento del protocolo para los cuidados paliativos de pacientes atendidas en el servicio de gineco – oncología del hospital de la Mujer Bertha Calderón de Managua en el periodo de enero 2015 a diciembre 2017. Fue un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal donde se incluyeron 78 pacientes que acudieron para terapéutica paliativa del cáncer. Se formuló un instrumento de recolección de la información basado en las recomendaciones indicada en la norma y protocolo nacional de cuidado Paliativo orientado por expertos consultado por el MINSA. La información fue procesada, en el programa SPSS 21.0 para Windows, para identificar el nivel de cumplimiento se estableció índice sumatorio de las acciones que se tuvieron que realizar entre las realizadas. Posteriormente se estableció análisis de frecuencias para todas las preguntas y cruces de variables de aquellas que interesa poner en evidencia la necesidad de la aplicación terapéutica correspondientes con las bases de la atención de los pacientes.

Los resultados demostraban el mayor porcentaje 73.0% (57) de las mujeres incluidas en el estudio tenían cáncer de cuello uterino y 19.2% (15) cáncer de mama. El 37.2% de las mujeres con cáncer cervico uterino tenían edades de 40 a 59 años y 10.2% de las mujeres que tienen cáncer de mama tenían esa misma edad. De acuerdo al nivel de cumplimiento de la aplicación del protocolo 44 (56.4%) obtuvieron un 51

a 80% del cumplimiento. De acuerdo a las debilidades de la base terapéutica encontrada según el nivel de cumplimiento del protocolo; la evidencia de un equipo multidisciplinario para los problemas de los pacientes el 38.5% alcanzo el 51 a 80.0% del nivel de cumplimiento, el mismo porcentaje donde se evidenciaba orientaciones sencillas y clara según problema.

Conclusión: El nivel alcanzado de cumplimiento del protocolo que la mayoría fue de 50.0 a 80.0% debiéndose mayormente al cumplimiento parcial de las indicaciones terapéuticas recomendada por la norma ministeria

Contenido

I. INTRODUCCIÓN	8
II. ANTECEDENTES	11
III. JUSTIFICACIÓN	13
IV. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	14
V. OBJETIVOS	15
<i>Objetivo General</i>	15
<i>Objetivos Específicos</i>	15
VI. MARCO TEORICO	16
Conceptualización	16
Organización de los servicios de cuidados Paliativos	18
A. Bases de la terapéutica en pacientes terminales serán: Según norma del MINSA.	19
Principios Generales para lograr un Control de Síntomas:	21
Atención a la Familia	35
Barreras para la integración de la atención paliativa	37
VII. DISEÑO METODOLOGICO	39
7.1. Tipo de estudio	39
7.2. Área y periodo de estudio	39
7.3. Población de Estudio	39
7.4. <i>Operacionalización de variable</i>	41
7.5. <i>Técnicas y Procedimientos:</i>	56
7.6. <i>Plan de tabulación y análisis:</i>	57
7.7. <i>Cruce de variables</i>	57
7.8. <i>Aspectos éticos:</i>	58
VIII. RESULTADOS	58
IX. DISCUSSION DE RESULTADOS	62
X. CONCLUSIONES	65
XI. RECOMENDACIONES	66
XII. BIBLIOGRAFIA	67
XIII. ANEXOS	69

I. INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia la actitud del hombre frente a la muerte no ha sido siempre la misma. La visión integral del paciente ha sido reemplazada por la aplicación sistemática de tratamientos indicados por diferentes especialistas, fenómeno que se observa incluso en la atención de pacientes terminales.

Esta visión parcelada del enfermo puede conducir a lo que actualmente se conoce como encarnizamiento terapéutico, en lugar de dar pie a un apoyo de calidad para atender las necesidades de aquellos pacientes que simplemente se encuentran fuera del alcance terapéutico curativo.

Esto también se ve reflejado en el gran vacío que existe en las mallas curriculares de medicina y enfermería en relación a cómo cuidar adecuadamente a enfermos incurables y con expectativas de vida limitadas.

A nivel mundial, la contribución de los diferentes factores de riesgo en la incidencia de las enfermedades ha cambiado sustancialmente, con una disminución del riesgo de las enfermedades transmisibles con respecto al riesgo de las enfermedades no transmisibles, incluyendo una creciente incidencia del cáncer en adultos. En el año 2010, los principales factores de riesgo en la incidencia de las enfermedades a nivel mundial fueron la hipertensión arterial, el humo del tabaco (incluyendo los fumadores pasivos), el consumo de alcohol, la contaminación del aire de los hogares, las dietas bajas en frutas y verduras, y el alto índice de masa corporal. Además de la contaminación del aire doméstico, estos factores de riesgo son las principales causas de las enfermedades crónicas en los adultos, esencialmente la enfermedad cardiovascular y el cáncer. (The Lancet Oncology Comisión, 2013).

Los datos recabados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) muestran que la mayoría de los pacientes con cáncer en los países de bajos y medianos ingresos son diagnosticados cuando la enfermedad está en fase avanzada. Estos pacientes necesitan cuidados adecuados, ya que la respuesta al tratamiento contra el cáncer tiene lugar sólo en una pequeña proporción y las respuestas sintomáticas son en general insuficiente y de corta

duración. Uno de los aspectos más inquietantes y olvidados en el cuidado de pacientes con cáncer avanzado, es la multitud de síntomas angustiantes difíciles de controlar.

Los cuidados paliativos son necesarios para proporcionar alivio físico y psicosocial y para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

La transición de los cuidados curativos a paliativos es a menudo gradual, y debe basarse en la evaluación sistemática de necesidades individuales de la persona más que en un plazo concreto de supervivencia esperada. (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

Los cuidados paliativos están basados sobre principios que persiguen proveer alivio del dolor y otros síntomas penosos, integrar los aspectos psicológicos y espirituales de la asistencia al paciente; ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte y ayudar a la familia durante la enfermedad y en el duelo, y aplicarlo tempranamente en el curso de la enfermedad junto con otras terapias de tratamiento de la patología de base (como quimioterapia y radioterapia), incluyendo investigaciones para entender mejor y tratar las complicaciones clínicas molestas. (The Lancet Oncology Comisión, 2013)

La Norma de Cuidados Paliativos y Protocolo para los Cuidados Paliativos entra en vigencia desde mayo del 2010, como compromiso de asegurar este derecho a una población vulnerable como lo son los pacientes en estado terminal, el documento proporciona una línea de base para mejorar la calidad de vida a los enfermos en etapa terminal, estableciendo los parámetros para: organizar las unidades, proporcionar tratamiento de acuerdo a los síntomas que presente el paciente, integrando a la familia en este proceso. (Ministerio de Salud Nicaragua, 2010). Tomando en cuenta que el hospital es de referencia nacional, donde está instalada la estructura organizativa de requerimiento necesario para el diagnóstico y manejo del cáncer relacionado a órganos sexuales y reproductivos de la mujer, permite también el espacio para que a nivel nacional funcione como referencia de la atención paliativa a estas enfermedades.

Registros demuestran que en año 2017 fueron 52 mujeres las que estuvieron ingresadas en el servicio y durante el periodo de estudio fueron 78 lo que demuestra que en el último año ha habido una mayor aceptación. (Hospital de la Mujer Bertha Calderón Roque , 2015 - 2017). Un poco más de los años anteriores, posiblemente a las cifras en que sea incrementado el padecimiento de cáncer en Nicaragua o pueda deberse al nivel de aceptación del servicio de cuidados paliativo institucional, tomando en cuenta que la gran mayoría son mujeres de escasos recursos y de accesos limitados a los servicios de salud por su procedencia.

II. ANTECEDENTES

A nivel internacional

En el estudio realizado, con el tema: “Cuidados Paliativos en Pacientes con Cáncer Terminal, en la Unidad Oncológica SOLCA Ibarra de Imbabura. El periodo fue octubre 2013 marzo 2014”, se expone la figura del paciente terminal y los cuidados paliativos brindados por los miembros del equipo de salud y en particular del personal de enfermería de cuidado directo. Fue una investigación de tipo descriptiva cuali - cuantitativa, buscando datos informativos para la aplicación de un análisis estadístico.

Es un tipo de investigación que utiliza métodos totalmente estructurados o formales, ya que se realizara un cuestionario a través de preguntas principalmente cerradas y concretas dirigidas a los pacientes o familiares objetos de estudio. La muestra fueron 4 pacientes que estaban en estado terminal.

Los resultaos demuestran que los tipos de cáncer que más afectan según los incluidos en el estudio el 25%, corresponden a: cáncer de mama, tiroides, útero y colon, que se encuentran en etapa terminal. En los datos obtenidos se evidencia los principales problemas que desencadena el paciente con cáncer en etapa terminal, siendo la desesperanza el principal problema con un 43%, seguido del dolor con el 29%, nos indica alteraciones en el estado físico, se toma en cuenta problemas como soledad y abandono en el 14 % que corresponden a factores psicosociales de alteración emocional de importancia.

Se observa que el 57%, presenta dificultad en el manejo de la información, esto debido al sufrimiento que causa esta enfermedad, pues el personal de salud interactuara con el paciente y familia.

En relación a la calidad en el manejo del paciente terminal se observa en un 71% la eficacia ofrecida por parte del personal, que busca el bienestar del paciente con cáncer, enfocándose en el cuidado no en la curación. (Echeverria Haro & Morreta Collaguazo, 2014).

A nivel nacional

Nabhan y Gonzales, 2015. Realizaron en el hospital Bertha Calderón Roque un estudio donde se entrevistaron a residentes de 1 a 4to años de ginecobstetricia que se entrevistaron durante el segundo semestre del 2014, con el propósito de conocer el nivel de conocimiento, hábitos y práctica en cuidados paliativos que poseen. El estudio fue observacional cuali-cuantitativo basado en metodología CAP. Se realizó el llenado de un cuestionario sobre conocimientos, luego se realizó el llenado de una ficha observacional que comprendía la categoría de hábitos de la misma manera se llenó una ficha observacional de prácticas. Y se realizó una entrevista grupal. El número de residentes incluidos en el estudio fue de 32.

Los resultados demuestran que los R1 tienen un mayor número de respuesta correcta sobre los conceptos de cuidados paliativos y los síntomas más evidentes a tratar, que los otros residentes, El 100% de los médicos residentes, del área de ginecología y obstetricia que rotan por oncología, poseen un 35.5% de conocimientos. El 100% de los médicos residentes del área de ginecología y obstetricia que rotan por oncología cumplen con 6 de 14 hábitos estableciendo que poseen un 42.2%. Se observa que 14 de 66 de los fármacos estipulados por la normativa 039 son administrados por los residentes estableciendo que cumplen con el 21.3% de prácticas en cuidados paliativos. A partir de estos datos se logra determinar que los médicos residentes de ginecología y obstetricia que rotan por el área de oncología poseen un déficit de conocimientos, hábitos y prácticas en cuidados paliativos. (Nabhan Guadamuz & González Fuentes, 2015).

Tal como se observa son muy pocos los estudios que hablan de cuidados paliativos a nivel nacional, se indago en otras instituciones formadora de recursos en atención en salud y otras bibliotecas de hospitales y no fue posible identificar información.

III. JUSTIFICACIÓN

Es reconocido que el 20% de los pacientes con una enfermedad terminal reciben atención institucional (hospices); teniendo estancia media de 23 días, donde el 37% de los casos, la muerte se produce dentro de la primera semana de inscripción. (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009). En este estado son consideradas medidas excesivamente agresivas y, por tanto, indicativas de una mala calidad de atención al final de la vida por cáncer, que incluyen repetidas hospitalizaciones o visitas al departamento de emergencias o admisión a una unidad de cuidados intensivos en el último mes de vida, administración de quimioterapia en las últimas 2 semanas de vida, o remisión tardía o inexistente al centro de cuidados terminales. La atención menos agresiva al final de la vida se ha asociado a una mejor calidad de vida de los pacientes cerca de la muerte y percepciones de los miembros de la familia de un mejor cuidado al final de la vida. (Lefkowitz & Solomon, 2016).

Demostrar cómo se comporta el cuidado de las pacientes con cáncer en etapas terminales o avanzadas es parte de lo que se pretende en este estudio, que permita de alguna manera reconocer aciertos y debilidades sobre la orientaciones normadas que recomienda el ministerio de salud a uno de los hospital de mayor demanda de atención a los problemas de la mujer, los hallazgo permitirán brindar orientaciones y actualizaciones a cierta actividades que no permite cumplir el objetivo principal que es brindar una mejor calidad de vida a las pacientes con gran deterioro a su salud que demanda el servicio .

Esta investigación tiene como propósito también identificar el nivel de integración que tienen los cuidados paliativos en el hospital, que incluye un sistema organizacional estructurado de servicio considerando dentro de él la participación de la familia y grupos sociales, que han logrado identificarse con los objetivos de la institución en beneficio de la paciente. Todo esto permitirá también dar el lugar que corresponde a la especialización de los cuidados paliativos para a la atención de mujeres con cáncer, desde el punto de vista de las necesidades que tiene la institución para solicitarlo a la institución rectora central.

IV. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

Se han descrito 3 trayectorias distintas para los pacientes con cáncer: Deterioro progresivo y muerte en un período de semanas o pocos meses. Es la trayectoria más frecuente en pacientes con cánceres de órganos sólidos. El siguiente es el deterioro lento progresivo con exacerbaciones agudas y frecuentemente una muerte aguda. Es la trayectoria más frecuente en pacientes con insuficiencia de algún órgano, donde la mortalidad de los pacientes pluripatológicos es de casi el 60% a los 4 años del alta hospitalaria. En último lugar es el deterioro lento y discapacidad progresiva para el autocuidado; la muerte se produce frecuentemente por una enfermedad intercurrente. (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

Las cifras a nivel internacional señalan que aproximadamente se diagnostican 12,7 millones de nuevos casos de cáncer en el mundo cada año, sin que se produzca una mejora sustancial en el control del cáncer. Aunado a ello, se prevé que para el año 2030 esta cifra anual mundial se elevará a 21,3 millones de casos nuevos. También se conoce 13,1 millones de muertes producto del padecimiento de cáncer, al observar estas cifras se menciona la necesidad que tienen los sistemas de salud para estar preparado e intervenir en la prevención y el manejo terapéutico de estos pacientes y como otra alternativa la disposición de servicios que ayuden al paciente al bien morir con los cuidados paliativos necesarios.

A pesar de los continuos esfuerzos para ofrecer servicios óptimos de cuidados paliativos en América Latina, hay barreras y sobre todo las más difíciles que son culturales, étnicas y lo empobrecido de los sistemas sanitarios, así como el cumplimiento de sus políticas demostrando desbalances de los recursos que son más dirigido al tratamiento curativo en lugar del tratamiento paliativo. (The Lancet Oncology Comisión, 2013). Ante esta situación se hace meritorio conocer:

¿Cuál es el cumplimiento del Protocolo para los Cuidados Paliativos de pacientes atendidas en el servicio de gineco – oncología del hospital de la Mujer Bertha Calderón de Managua en el periodo de enero 2015 a diciembre 2017?

V. **OBJETIVOS**

Objetivo General

Determinar el cumplimiento del Protocolo para los Cuidados Paliativos de pacientes atendidas en el servicio de gineco – oncología del hospital de la Mujer Bertha Calderón de Managua en el periodo de enero 2015 a diciembre 2017.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar a las pacientes con cáncer que fueron incluidas en el estudio.
2. Conocer las bases de atención para los cuidados paliativos para las pacientes que los requirieron.
3. Evidenciar las evaluaciones sistemáticas que recibieron las pacientes con cáncer por el personal asistencial en salud.
4. Determinar el manejo específico según protocolo por problema relacionado al cáncer y las co-morbilidades de las pacientes.
5. Reconocer el nivel cumplimiento del protocolo de acuerdo a la base de atención necesaria.

VI. MARCO TEORICO

Conceptualización

Según Instituto de Medicina de Washington, DC; refiere basándose en una encuesta de opinión pública, el Centro de Cuidados Paliativos Avanzados recomienda que la atención paliativa se describa a los pacientes y familias como "atención médica especializada para personas que viven con enfermedades graves. Se centra en proporcionar alivio de los síntomas y estrés de una enfermedad grave, sea cual fuere el diagnóstico.

La meta es mejorar la calidad de vida tanto del paciente como de la familia... (Los cuidados paliativos) son adecuados a cualquier edad y en cualquier etapa de una enfermedad grave y pueden ser proporcionados junto con un tratamiento curativo. Los cuidados paliativos son distintos y mucho más amplios que los cuidados para pacientes terminales que sólo están disponibles para los pacientes con una supervivencia prevista de 6 meses o menos, que han decidido renunciar a continuar una terapia dirigida a su enfermedad primaria. Aunque todos los cuidados terminales se pueden considerar paliativos, el cuidado terminal representa sólo un pequeño componente de los cuidados paliativos en general. (Lefkowitz & Solomon, 2016).

Según la OMS Los cuidados paliativos:

- Alivian el dolor y otros síntomas angustiantes.
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal.
- No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte.
- Integran los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente.
- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en su propio duelo.
- Utilizan un enfoque de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluido el apoyo emocional en el duelo, cuando esté indicado.

- Mejoran la calidad de vida, y pueden también influir positivamente en el curso de la enfermedad.
- Pueden dispensarse en una fase inicial de la enfermedad, junto con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, como la quimioterapia o la radioterapia, e incluyen las investigaciones necesarias para comprender y manejar mejores complicaciones clínicas angustiosas. (OMS - OPS, 2014).

La norma del Ministerio de Salud en Nicaragua señala que cuidados paliativos son el cuidado integral de todo paciente y su familia que se encuentra frente a una enfermedad incurable, progresiva; cuya expectativa de vida es reducida. (Ministerio de Salud Nicaragua, 2010)

La viabilidad de los cuidados paliativos para una población determinada depende de las destrezas e infraestructura disponibles, del conocimiento y actitudes de la población objetivo y de la motivación del gobierno y de los proveedores de la atención. Para que un programa de cuidados paliativos resulte totalmente efectivo debe proporcionar servicios de buena calidad para aliviar el dolor y otros síntomas, apoyo psicosocial y espiritual y apoyo en el duelo, de manera equitativa e indefinida para todos los miembros de la población objetivo que tengan necesidad: pacientes, familiares y cuidadores.

Muchos países con recursos limitados en los que una gran proporción de pacientes se presenta en fases avanzadas invierten desde hace décadas en instituciones especializadas en cuidados paliativos que prestan unos servicios excelentes sólo a unos pocos. Sin embargo, estos países no han introducido por lo general servicios básicos de bajo costo integrados en los servicios de salud de atención primaria y domiciliaria, los cuales podrían ofrecerse de manera sostenible a la mayoría de personas con cáncer en fase avanzada.

Un buen programa de cuidados paliativos que incluya intervenciones en todos los niveles de la atención (centrado particularmente en los servicios de atención de la salud primaria y domiciliaria) podría traducirse eventualmente en una reducción de las hospitalizaciones y en el uso de procedimientos costosos e inapropiados. (OMS, 2006)

Organización de los servicios de cuidados Paliativos.

En todo establecimiento de salud se debe disponer de un recurso humano capacitado en el manejo de estos pacientes y aunque no exista la Unidad de Cuidados Paliativos idealmente se deberá contar con:

- Médico con entrenamiento en cuidados paliativos.
- Odontólogo.
- Personal de enfermería.
- Nutricionista.
- Psicólogo.
- Trabajador social.
- Rehabilitador.
- Voluntarios: (Guía Espiritual, Organizaciones civiles y no gubernamentales o líderes comunitarios, Otros).

Como mínimo se acepta: - Médico. - Personal de enfermería. - Trabajador social. (Ministerio de Salud Nicaragua, 2010).

Los componentes esenciales de los cuidados paliativos abarcan prevención y tratamiento de los síntomas, alivio del dolor y apoyo psicosocial y espiritual. En la mayoría de los casos se puede lograr un control eficaz del dolor mediante tratamiento médico y métodos auxiliares no médicos.

El apoyo psicosocial y espiritual son componentes importantes de los cuidados paliativos y requieren a dispensadores capacitados, con buenas aptitudes de comunicación. Además, a nivel de la comunidad, los cuidados paliativos necesitan incluir todos los elementos que mantengan a la paciente bien nutrida, limpia y tan activa como ella lo desee. También se debe capacitar a los miembros de la familia de la paciente en el desempeño de sus funciones, inclusive mostrarles la manera de obtener y utilizar los suministros necesarios para atenderla.

En los establecimientos de nivel terciario, la prevención y el control de síntomas pueden incluir radioterapia paliativa para reducir el tamaño del tumor, así como tratamiento de lo siguiente: flujo vaginal, fístulas, hemorragias vaginales, problemas nutricionales, úlceras de decúbito, fiebre y contracturas.

Si fuera posible, se debería capacitar a los miembros de la familia y los trabajadores de la comunidad en materia de cuidados paliativos mientras la paciente todavía esté en el hospital. Esta capacitación y asesoramiento deben abarcar la prevención y el control de los problemas y la manera de ofrecer apoyo a la paciente en sus actividades cotidianas, como bañarse, ir al inodoro y desplazarse. Si los síntomas de la paciente no se pueden controlar, la familia tiene que pedir a dispensadores locales que hagan visitas a domicilio para brindar apoyo y asesoramiento y, de ser necesario, organizar la hospitalización en un establecimiento de nivel apropiado. (OMS - OPS, 2014)

A. Bases de la terapéutica en pacientes terminales serán: Según norma del MINSA.

1. Atención integral, que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Forzosamente se trata de una atención individualizada y continuada.

2. El enfermo y la familia son la unidad a tratar. La familia es el núcleo fundamental del apoyo al enfermo, adquiriendo una relevancia especial en la atención domiciliaria. La familia requiere medidas específicas de ayuda y educación.

3. La promoción de la autonomía y la dignidad al enfermo tienen que regir en las decisiones terapéuticas. Este principio sólo será posible si se elaboran con el enfermo los objetivos terapéuticos.

4. Concepción terapéutica activa, incorporando una actitud rehabilitadora y activa que nos lleve a superar el "no hay nada más que hacer". Nada más lejos de la realidad y que demuestra un desconocimiento y actitud negativa ante esta situación.

5. Tomar en cuenta la importancia del "ambiente". Una "atmósfera" de respeto, bienestar, soporte y comunicación influyen de manera decisiva en el control de síntomas. La

creación de este ambiente depende de las actitudes de los profesionales de la salud, la familia y la comunidad, así como de medidas organizativas que proporcionen la seguridad y promoción de la comodidad del enfermo.

B. Instrumentos básicos para mejorar la calidad de vida y bienestar de los pacientes antes de su muerte son:

1. Control de síntomas: Saber reconocer, evaluar y tratar adecuadamente los numerosos síntomas que aparecen y que inciden directamente sobre el bienestar de los pacientes. Mientras algunos se podrán controlar (dolor, disnea, etc.), en otros será preciso la promoción de la adaptación del enfermo a los mismos (debilidad, anorexia, etc.).

2. Apoyo emocional y comunicación con el enfermo, familia y equipo terapéutico, estableciendo una relación franca y honesta.

3. Cambios en la organización, que permitan el trabajo interdisciplinar y una adaptación flexible a los objetivos cambiantes de los enfermos.

4. Equipo interdisciplinario, ya que es muy difícil planear los cuidados paliativos sin un trabajo en equipo que disponga de espacios y tiempos específicos para ello, con formación específica y apoyo adicional.

5. Adoptar una actitud adecuada ante esta situación, a menudo límite para el propio enfermo, familia y equipo terapéutico.

Evaluación del paciente que requiere cuidados paliativos

Una forma para evaluar al paciente consiste en la evaluación de varios dominios, que explican la variabilidad de la carga y de preferencias al final de la vida. Pretende evaluar seis dominios: físicos, emotivos y cognoscitivos, aspectos relacionados a la autonomía, la comunicación, apoyo social y económico y finalmente aspectos relacionados a la existencia.

Control de Síntomas

Revisiones sistemáticas han evaluado la prevalencia de síntomas en paciente con cáncer terminal, así como pacientes con enfermedades crónicas. En una primera revisión (donde se incluyeron 44 estudios y 25,074 pacientes) identificaron 37 síntomas evaluados al menos en cinco estudios.

Los cinco síntomas que con más frecuencia ocurren en más del 50% de los pacientes fueron:

- Fatiga.
- Dolor.
- Pérdida de la energía
- Debilidad,
- Pérdida del apetito.

Durante las dos últimas semanas de la vida fueron frecuentes:

- Pérdida significativa de peso.
- Dolor.
- Nausea.
- Menos frecuente los síntomas urinarios.

Principios Generales para lograr un Control de Síntomas:

1. Evaluar antes de tratar. Evitar atribuir los síntomas sólo al hecho de tener la enfermedad y preguntarse el mecanismo fisiopatológico concreto (Ej.: disnea por infiltración del parénquima, y/o derrame pleural y/o anemia, etc.).
2. Evaluar la intensidad, impacto físico, impacto emocional y factores que provoquen o aumenten cada síntoma.
3. Explicar las causas de estos síntomas:
 - a. Utilizar términos que el paciente pueda comprender, así como las medidas terapéuticas a aplicar.

- b. Explicar, asimismo, la etiología de los síntomas y la estrategia terapéutica a la familia.
4. Toda estrategia terapéutica a aplicar siempre será mixta, general de la situación de enfermedad terminal y específica para cada síntoma que comprende, que incluya medidas farmacológicas y no farmacológicas.
 5. Deberá fijarse plazos para conseguir los objetivos y contemplar la prevención de nuevos síntomas o situaciones que puedan aparecer.
 6. Monitorización de los síntomas mediante el uso de instrumentos de medida estandarizados (escalas de puntuación o escalas analógicas) y esquemas de registro adecuados (esquema corporal del dolor, tablas de síntomas). La correcta monitorización nos ayudará a clarificar los objetivos, sistematizar el seguimiento, y mejorar nuestro trabajo para poder comparar nuestros resultados.
 7. Actitudes y conductas adecuados por parte del equipo (escuchar, sonreír, promover la terapia ocupacional, utilizar el contacto físico, entre otros), todo ello contribuye no sólo a disminuir la sensación de abandono e impotencia del paciente, sino que además eleva el umbral de percepción del dolor por parte del Paciente.
 8. La rigurosidad y minuciosidad de la actuación tendrá una traducción clínica evidente en los pacientes sobre su nivel de confort, siendo necesario conjuntar una gran experiencia clínica en el manejo de estos pacientes con un alto nivel de sentido común a la hora de tomar decisiones, evitando aquellas medidas de diagnóstico que no vayan a alterar las estrategias de forma notable, así como no retrasando el tratamiento por el hecho de no disponerlas.
 9. Es imprescindible que el equipo terapéutico completo elabore, asuma, practique y evalúe los objetivos terapéuticos en cada síntoma y en especial en el caso del dolor.

A. Dolor

El dolor es una sensación no placentera y una experiencia emocional asociada con un daño actual o potencial a un tejido. El dolor es uno de los síntomas más importantes que puede afectar significativamente la calidad de vida de los enfermos. Si es persistente es capaz de cambiar el estado de las transmisiones neuronales con activación de vías previamente silenciosas, hasta volverse el centro de su existencia e incluso, acelerar su muerte por la gran sobrecarga que representa al organismo. Es el síntoma más común y debilitante en los pacientes. Se presenta hasta en el 96% de los pacientes con cáncer.

Por estos motivos es básico realizar una correcta evaluación que comprenda:

1. Tomar en serio la descripción que haga el enfermo para conocer su posible origen muscular, óseo, visceral, neuropático o mixto causado por el propio tumor, el tratamiento anticanceroso o la suma de otros trastornos. Sólo su reconocimiento adecuado permitirá un tratamiento más específico.

2. Determinar bien la intensidad del dolor.

El dolor debe evaluarse diariamente y de una forma simple utilizando diferentes escalas. Se pueden experimentar dolor relacionado con la enfermedad, procedimientos diagnósticos, el tratamiento, y discomfort emocional.

En adulto para evaluar se requiere investigar mediante el instrumento de la escala análoga del dolor.

La literatura reporta un sin número de escalas para valorar el dolor, sin embargo, un grupo de expertos dio prioridad a las siguientes dimensiones del dolor que fueron identificadas en una revisión sistemática: intensidad del dolor, patrón temporal, factores que mejoran (incluye tratamiento) y exacerban el dolor, localización e interferencia del dolor en la vida diaria.

La historia del dolor incluye:

- Sitio del dolor.
- Intensidad/Severidad del dolor.
- Radiación
- Sincronización del dolor.
- Calidad del dolor.
- Factores que mejoran o agravan el dolor.
- Etiología del dolor: ocasionado por la enfermedad, por el tratamiento, asociado a complicaciones de la enfermedad (p.ej: Ulceras por presión) o no relacionados con ningunos de los anteriores.
- Tipo de dolor: nociceptivo, visceral, neuropático, síndrome complejo regional, mixto.
- Historia de la analgesia.
- Creencias del paciente sobre la analgesia, la efectividad del tratamiento y consecuencia de los mismos.
- Presencia de desórdenes psicológicos significativos (p.ej: ansiedad o depresión).

Administrar el analgésico correcto a la dosis correcta y en el tiempo correcto.

Administrar la ruta más apropiada (cuando sea posible oral). Alcanzar las dosis máximas antes de cambiar a otro fármaco. Considerar siempre la co-analgesia y dosis de rescates para picos de dolor, calcular el 25% de la dosis del opioide de base. En caso de que el opioide sea morfina las dosis de rescate no deben realizarse con menos de una hora de tiempo entre ellas.

Para todos los fármacos opioides realizar titulaciones. Manejar los efectos adversos. Un facultativo es quien debe de tomar el papel de prescriptores de opioides.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), el manejo del dolor se basa en el sistema de tres escalones de acuerdo a la intensidad el dolor.

Cuando el dolor es leve se sugiere utilizar fármacos no opioides combinados con adyuvantes según el caso, si el dolor persiste o es moderado hay que utilizar los fármacos de la escala dos que ocasiones incluye un opioides; y si el dolor se mantiene o incrementa de intensidad recurrir a los fármacos del escalón tres.

Fármacos adyuvantes utilizados para el manejo del dolor en cuidados paliativos:

- a) Dolor óseo metastásico: radioterapia, antiinflamatorios no esteroideos (AINES), bifosfonato (ácido zolendronico y ácido ibandronico).
- b) Compresión medular: radioterapia y corticoides (dexametasona 10-25 mg y luego 2-10 mg cada 6 horas).
- c) Cefalea secundaria a hipertensión endocraneana y metástasis: alta dosis de corticoides (dexametasona 5-10 mg luego 1-4 mg cada 6 horas).
- d) Infiltración visceral y de tejido blando: dosis baja o moderadas de corticoides (dexametasona 5 a 10 mg luego 1-4 mg cada 6 horas), diuréticos si hay edema, AINES
- e) Espasmos vesicales/rectales: oxibutinina (0.2 mg/kg/dosis 2-4 veces/día, incrementar a 5 mg 4 veces/día para >5 años); clorpromacina para tenesmo rectal.
- f) Neuralgia pos-herpética: anticonvulsivantes tal como la carbamacepina y gabapentina, antidepresivos tricíclicos tal como la amitriptilina.
- g) Espasmo muscular: usualmente mejora tratando la causa y generalmente puede ser con intervenciones no farmacológicas. Sin embargo, si el dolor espasmódico no mejora, utilizar un relajante muscular. Puede ser un agente sedante como la ciclobenzaprine en dosis inicial de 5 mg oral tres veces al día, si lo tolera se puede incrementar hasta 10 mg tres veces al día. Una alternativa puede ser el diazepam 0.12-0.8 mg/kg/día diario en dosis divididas cada 6 a 8 horas.
- h) La sobredosis del opiáceo: diluya una ampolla del naloxone de 0.4 mg en 10 mL de solución salina. Administre 0.5 mL (que equivale a 0.02 mg) cada 30 a 60 segundos hasta que se observe la mejoría de los síntomas. Prepárese para repetir este proceso (el período de algunos opiáceos es más largo que el del naloxone). Si el paciente no responde en un periodo de 10 minutos, considere otra razón del cambio en su estado neurológico.

B. Escala para evaluación de Síntomas:

Así como existen instrumento para evaluar el dolor, se cuentan con herramientas para evaluar otros síntomas; entre ellos: la escala de la evaluación de síntomas (MSAS).

C. Gastrointestinal:

1. Náuseas y Vómitos:

Son síntomas frecuentes en los pacientes en estado terminal, una revisión sistemática donde se incluyeron 6 estudios demostró que la náusea ocurre en el 17% de pacientes con cáncer incurable y el vómito en el 13 % de ellos; los pacientes presentaban dicho síntoma de 1 a 2 veces por semana.

Evaluación: la náusea es un síntoma y el paciente lo auto reporta (exceptuando en los casos de deterioro cognitivo), sin embargo, el vómito es objetivo (por lo tanto, constituye un síntoma) y puede medirse el volumen, la frecuencia y consistencia del vomito. Se puede utilizar la evolución clínica o una simple escala visual análoga o una escala numérica.

Tratamiento: La náusea y el vómito pueden tratarse según la etiología del mismo y la causa de este.

2. Constipación:

Es un síntoma común. Algunas causas de la misma son la inmovilidad, ingesta oral disminuida, medicamentos y algunas condiciones que acompañan al estado terminal que contribuyen a disminuir la motilidad intestinal (por ejemplo: grandes masas abdominales que aumentan la presión abdominal y dolor). Más del 95% de los pacientes que reciben opioides presentan efectos adversos tal como la náusea, sedación y constipación.

Debe iniciarse laxantes profiláctica en pacientes que están recibiendo opioides. Debe preferirse los laxantes por vía oral a los rectales. Se recomienda utilizar combinación de laxantes estimulantes con ablandadores de heces o laxantes osmóticos si es necesario.

La prescripción de fibras no mejora el cuadro debido a que en la mayoría de los casos se encuentra deteriorada la ingesta de líquido. Los laxantes estimulantes y los ablandadores de las heces tal como el bisocodil y el senna son los más indicados para estos pacientes, pueden recibirlo de forma rutinaria siempre y cuando no presenten contraindicaciones. Algunos pacientes en particular con intestinos neurogenicos se benefician de enemas y supositorios.

Medidas Generales:

- Interrogar al paciente o a los padres en casos de los niños sobre sus hábitos defecatorios ya que éstos varían de paciente a paciente.

- Explorar por datos que sugieran obstrucción intestinal (radiografía de abdomen), impactación fecal, desgarros o fisuras anales. En caso que se identifique obstrucción intestinal se deberá referir a un establecimiento de mayor resolución en salud y valorar de forma multidisciplinaria con todos los especialistas que se requieran.

- Identificar la causa subyacente y tratarla adecuadamente.

- Aumentar la ingesta de líquidos: agua, jugos de frutas, ya que en ocasiones el aporte de fibra puede estar contraindicado en paciente con sub-oclusión u obstrucción intestinal.

- Aumentar la movilidad del paciente de ser posible. - Optimizar el acceso al baño. - Estimular hábitos defecatorios regulares en especial después de las comidas.

- Se debe iniciar con medicamentos orales de primera elección y después pasar a las preparaciones rectales de ser necesario.

- En pacientes con que reciben opioides debe prevenirse el estreñimiento y mantenerlos por el tiempo que dure el tratamiento con opioides.

3. Diarrea:

Es un síntoma menos frecuente que el estreñimiento en el paciente terminal (se ha descrito en un 10% de los pacientes en etapa terminal). La causa más frecuente en los pacientes oncológicos es el uso de laxante. Se debe investigar la causa de diarrea antes de indicar un antidiarreico.

4. Anorexia y caquexia

Ambas condiciones se encuentran en muchos pacientes en enfermedad terminal. Las causas tratables de la anorexia y de la caquexia deben ser identificadas y tratarse.

Entre las causas reversibles de anorexia, ligadas al cáncer se pueden mencionar:

- Trastornos dispépticos: asociados con candidiasis oral, esofagitis por reflujo, dolor.
- Mucositis.
- Alteraciones del gusto.
- Náusea y vómito.
- Dolor.
- Estasis gástrica.
- Metabólica: hipercalcemia, hiperazoemia.
- Estreñimiento.
- Inducida por el tratamiento: quimioterapia y radioterapia.
- Depresión.
- Debilidad cognoscitiva.

El tratamiento de la anorexia y caquexia comprende medidas generales y farmacológicas. Para el abordaje de estos síntomas debe considerarse el pronóstico del paciente (de años a meses; meses a semanas, días en pacientes terminales). La anorexia en las últimas semanas de vida del paciente no debe tratarse.

Los fármacos utilizados para estimular el apetito son:

- Progesteronas: utilizados únicamente en adultos. Aumenta el apetito y el aporte calórico, sin embargo, se han asociado a riesgo de problemas trombo-embólico, hiperglicemia, hipertensión, hipogonadismo y supresión de las glándulas suprarrenales.

Dentro de este grupo se recomienda el acetato del megestrol, algunos estudios han demostrado que el acetato de megestrol incrementa el peso a expensa de la grasa y no a la masa del músculo del magro. La dosis inicial es de 160 mg oral día, aumentar cada dos semanas hasta que se consiga el efecto deseado, o hasta que los efectos secundarios limitan el ascenso de la dosis y en este caso debe suspender. Para uso de este fármaco debe evaluarse adecuadamente por costos elevados del mismo.

- Corticoesteroides: en niños son los de elección para el tratamiento de la anorexia, sin embargo, debido a los efectos secundarios como alteración de la conducta e irritabilidad su efecto se limita a una o dos semanas. Se recomienda dexametaxona de 2 a 4 mg al día.

En adultos pueden proporcionar una mejoría temporal del apetito e ingesta de alimentos, este fármaco debe reservarse para pacientes en muy malas condiciones de salud y que el beneficio de utilizar el mismo supere al riesgo, en aquellas personas que además se utilice este medicamento con fines analgésicos y antieméticos.

- Otros agentes que han demostrado algunos efectos positivos sobre aumento del apetito y de peso incluyen: Mirtazapine en la depresión o Talidomida en cáncer y VIH-SIDA avanzados.

Metoclopramida 10 mg cada 6 horas en casos de saciedad precoz. Estasis gástrica por su efecto proquinético.

Medidas Generales:

- Identificar las causas reversibles y tratarlas.
- Manejar en conjunto con nutricionista.

- Preparación adecuada de los alimentos: raciones pequeñas, fraccionadas 6-7 tomas de los alimentos que el paciente prefiera.
- Debe procurarse un ambiente calmo, relajado no apurar la paciente.
- De preferencia que el paciente tome sus alimentos con el resto de la familia (p.ej: en el comedor), cuando sea posible.
- En los niños se puede cambiar las horas de la comida, el lugar, hacer la comida más divertida. Debe tomarse en cuanto el momento del día donde el niño tenga más apetito.
- Tranquilizar al paciente sobre la normalidad de presentar sensación de saciedad precoz. o Mejorar la apariencia, consistencia y olor del alimento.
- Reducir al mínimo las restricciones alimenticias.
- Tomar en cuenta los aspectos sociales, culturales y religiosos.
- Favorecer a la hidratación.
- Considerar suplementos nutricionales.

C. Cuidado de la Boca:

Son múltiples las alteraciones de los problemas bucales en el paciente terminal, uno de los más frecuentes es la sequedad de la boca que se presenta hasta en el 70% de los pacientes. El objetivo del tratamiento se basa en:

- 1) control y prevención del dolor,
- 2) mantener la mucosa y labios húmedos, limpios, suaves e intactos para evitar la aparición de infecciones y promocionar el confort.
- 3) eliminar las placas bacterianas y restos alimenticios para evitar la halitosis.

D. Hipo:

Se produce como resultado de los espasmos diafragmáticos secundaria a la irritación del diafragma. Usualmente se asocia a hepatomegalia y distensión gástrica.

E. Neuro-psiquiátrico

1. Ansiedad y Depresión:

Medidas generales:

- Se le debe proporcionar al paciente el ambiente adecuado y la oportunidad de expresar sus temores y preocupaciones.
- El uso de técnicas de relajación.
- La musicoterapia.
- Brindar consejería al paciente y su familia.

Medidas farmacológicas:

Se deben combinar los medicamentos con medidas no farmacológicas. La ansiedad puede ser resultado de la depresión por lo que en estos casos debe valorarse tratamiento antidepresivo.

Los niños pueden experimentar períodos breves de ansiedad o ataques de pánico, por lo que deben considerarse para el manejo benzodiacepina de vida media corta como el midazolam; para los ataques de pánico puede considerarse el uso de lorazepam y en casos de trastornos de mayor duración considerar el diazepam. El diagnóstico de la depresión en niños con enfermedad terminal puede ser difícil debido a las manifestaciones de la enfermedad de base, por lo que en la mayoría de los pacientes pueden pasar desapercibida y por lo tanto no se trata. Se debe tomar en cuenta la observación de los padres y responsables, y apoyarse con el psicólogo infantil.

La depresión en adulto requiere la evaluación por el psicólogo, en algunos casos además se utilizan las medidas farmacológicas. La amitriptilina, aunque ya no se considera un fármaco de primera línea para el tratamiento de la depresión en niños puede constituir la elección en pacientes que presentan también alteraciones del sueño y dolor. La dosis indicada es de 0.51mg/Kg por la noche. Se recomienda hacer incrementos graduales de 25% de la dosis cada 2-3 días, con una dosis máxima de 2mg/kg/día.

2. Insomnio:

El insomnio puede ser el origen de alteraciones físicas y psíquicas además que su presencia empeora condiciones subyacentes. Las alteraciones del sueño son un problema común entre los pacientes con cáncer. Se calcula que cerca del 50% de los pacientes se encuentran afectados con este problema. En estos pacientes el proceso tumoral, el dolor, la hospitalización, los tratamientos, la ansiedad y la depresión aumentan el riesgo de padecer insomnio y trastornos del ciclo sueño vigilia; sin embargo muchos facultativos brindamos apoyo en este sentido a los pacientes en estado terminal.

3. Delirium:

El delirium es un síndrome clínico, no una enfermedad. Su etiología usualmente es multifactorial e incluye lesiones a nivel del sistema nervioso central, fármacos, anomalías de líquidos y electrolíticos, hipoxemia y otras anomalías metabólicas. Es particularmente común en personas que tienen demencia.

La dependencia funcional, la polifarmacia, el deterioro sensorial y la existencia de problemas crónicos son factores que incrementan el riesgo a presentarlo. El delirium se caracteriza por cambios agudos en el estado mental, con desorientación y se caracteriza por fluctuaciones en la atención.

Tipo de delirium:

Hiperactivo: frecuentemente el paciente presenta hiperactividad y agitación.

Hipoactivo: se caracteriza por letargo y suele ser más grave que el hiperactivo.

Mixto: una combinación de los anteriores.

No hay pruebas específicas para la evaluación del delirium, sin embargo en toda evaluación debe incluirse las medicaciones, especialmente los fármacos psicoactivos,

evaluación física general, estado de la hidratación, la oxigenación; dolor y uso reciente del alcohol o de la droga.

Tratamiento: requiere la corrección de anormalidades subyacentes, pues el delirio puede ser reversible en el hasta 50% de casos en unidades paliativas del cuidado. En pacientes de algunos ancianos el delirio puede ser un resultado del dolor mal manejado. Cuando los síntomas del comportamiento amenazan a la seguridad del paciente o de la capacidad de proporcionar terapia, las medicaciones psicotrópicas se pueden utilizar con precaución.

El haloperidol sigue siendo la primera droga de la opción. Dosis bajas se recomiendan en los ancianos. Hay poca evidencia que apoya el uso de otros agentes anti-psicóticos. Hay que recordar que la FDA informó sobre la asociación de arritmias y prolongaciones del QT con el uso de haloperidol. Las benzodiacepinas no se recomiendan como monoterapia debido a: la sobre sedación y de perpetuación del delirium.

El delirium es un indicador de mal pronóstico y es un predictor de mortalidad, hasta un 76% de los pacientes que la presentan fallecen en un año.

E. Pulmonares

Disnea: se define como la sensación objetiva de falta de aires y es un síntoma común en pacientes con cáncer, enfermedad cardíaca, enfermedades pulmonares avanzadas. Ni el índice respiratorio, ni el nivel de oxigenación predicen la severidad de la disnea. No se dispone de una escala bien validada para medir la disnea.

El manejo de la disnea debe basarse en: la incomodidad del paciente, los resultados de la oximetría, las pruebas de función pulmonares, las radiografías de tórax y otras evaluaciones que nos orienten a la causa de la disnea.

El tratamiento se debe enfocar en mejorar la causa subyacente, cuando es posible y los síntomas de manejo. El tratamiento no farmacológico incluye: oxígeno, opiáceos y los ansiolíticos. Estudios han demostrado las ventajas de los opiáceos para la disnea, el mecanismo del mismo se basa en la disminución de la respuesta ventilatoria a la hipoxia y a

la hipercapnia; además que puede disminuir la ansiedad y sensación subjetiva de las respiraciones cortas.

La morfina se considera el opiáceo de elección para la disnea en pacientes con el cáncer y se administran por vía oral, sublingual, subcutánea o intravenosa¹⁶, en dosis utilizadas para los otros síntomas y descrito previamente. Las benzodiazepinas, tal como el lorazepam, son útiles cuando la ansiedad es un factor que contribuye significativamente. Sin embargo, los pacientes necesitan ser supervisados por la sedación al combinar las benzodiazepinas y los opiáceos.

Los cortico esteroides inhalados pueden también ser beneficiosos para los pacientes que tienen un componente inflamatorio a su disnea (tal como asma o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica) o tener cáncer de pulmón.

F. Otros Síntomas:

Síntomas Constitucionales:

Fatiga: se define como el descenso de la vitalidad física y/o mental. El paciente puede referirlo como cansancio y necesidad de reposar entre 23 a 48 horas para la resolución del malestar. La fatiga puede ser consecuencia de la enfermedad primaria y del tratamiento que está utilizando.

Tratamiento: Manejo de las causas subyacentes (p ej: anemia o hipoxia) Tratamiento farmacológico y no farmacológico dirigida al síntoma.

Tratamiento No farmacológico:

- Educación constante al paciente sobre el síntoma. - Modificar las actividades de la vida diaria. - Programar periodos de descanso durante el día. - Priorizar a los pacientes sobre sus actividades. - De realizar ejercicios deben ser: suaves y breves.

Tratamiento farmacológico:

- Corrigiendo la causa, por ejemplo, en caso de anemia corregir anemia.

- Psicoestimulantes: Metilfenidato a 10 mg diario PO, generalmente es el fármaco más utilizado para revertir la fatiga cuando no existe causa subyacente corregible que pueda ser comprobada. La administración de los mismos se debe realizar por la mañana.

- Corticoesteroides: deben ser reservado para los pacientes terminal que además de la fatiga presentan náusea y vómitos.

Atención a la Familia

El impacto de la enfermedad terminal sobre el ambiente familiar puede tomar distintos aspectos según los factores predominantes que pueden estar tanto en relación con la enfermedad misma (control de síntomas, información, no adecuación de objetivos enfermo-familia) como en relación con el entorno social y circunstancias de vida del enfermo:

- Personalidad y circunstancias personales del enfermo.

- Naturaleza y calidad de las relaciones familiares.

- Reacciones y estilos de convivencia del enfermo y familia en pérdidas anteriores. - Estructura de la familia y su momento evolutivo.

- Nivel de soporte de la comunidad.

- Problemas concretos, calidad de la habitación, etc. (disputas familiares, herencias).

- Es necesario valorar una serie de factores socioculturales que pueden afectar y condicionar la atención: situación económica de la familia que permita asumir los costos que se generan (material de curas o comodidad, medicación, miembros de la familia que dejan de trabajar), condiciones básicas de habitabilidad y comodidad de la vivienda (agua, higiene,

etc.); la familia debe estar capacitada culturalmente para comprender y ejecutar las indicaciones sobre el tratamiento y cuidados (curas sencillas, cambios posturales, etc.).

Trabajo del equipo en la atención de la familia:

- Valorar si la familia puede emocionar y prácticamente atender de forma adecuada al enfermo en función de las condiciones descritas. Identificarse a la persona que llevará el peso de la atención para intensificar el soporte sobre ella y revisar las vivencias y el impacto que se vayan produciendo.
- Planificar la integración plena de la familia, y lo haremos mediante: la educación, soporte práctico y emocional de la familia.
- Ayuda en la rehabilitación y recomposición de la familia (prevención y tratamiento del duelo).

Información clara y precisa, que le permita participar en la medida de sus posibilidades son: alimentación, higiene, cuidados directos del enfermo, cambios posturales, curas específicas, hábitos de evacuación, administración de fármacos, pautas de actuación ante la aparición de posibles crisis: coma, crisis de pánico, agitación psicomotriz, agonía.

Orientaciones para la comunicación con el enfermo: actitud receptiva, importancia de la comunicación no verbal y respuestas. La asistencia del paciente en su domicilio genera una pesada carga para sus familiares, además de un estado de sufrimiento sobreañadido, por cuanto es más estrecha la participación en su angustia y sufrimiento.

Los sentimientos de impotencia y culpabilidad son frecuentes: de impotencia porque se sienten desarmados ante una enfermedad fatalmente mortal, de la que ignoran casi todo y, de culpabilidad porque afloran en ellos, tras el agotamiento, sentimientos de desear que la situación se resuelva cuanto antes, que son absolutamente normales.

Por ello debemos comprender las distintas dinámicas a nivel del grupo familiar, de forma de poder intervenir en la interrelación propia que este grupo plantea, en la búsqueda de mejorar la calidad de los vínculos que, por multiplicidad de factores pueda estar entorpeciendo u obstaculizando la evolución del tratamiento con el paciente terminal.

Trabajar con la muerte en un paciente descompensado, con una familia desestructurada por la incertidumbre y el miedo, puede conducir a modalidades sumamente conflictivas y necesitadas de un abordaje específico.

Recomendaciones: es necesario generar múltiples alternativas organizativas, de recursos y de búsqueda de redes, vincular a los efectos de establecer niveles de soporte socio-económico, financiero, espiritual, emocional, y de apoyo a todo el entramado social que a partir de la enfermedad, se complejiza en torno a la persona del enfermo. (Ministerio de Salud Nicaragua, 2010)

Barreras para la integración de la atención paliativa

Las barreras para la incorporación integral de los cuidados paliativos en el cuidado de las mujeres con cánceres ginecológicos incluyen disponibilidad limitada, reembolso deficiente y conceptos erróneos sobre cuidados paliativos. En términos de disponibilidad, no hay suficientes especialistas en cuidados paliativos en el país para proporcionar atención paliativa a todas las pacientes que podrían beneficiarse de ella.

Además, a pesar de que se ha demostrado que los cuidados paliativos son rentables a nivel de sistema, todavía no están bien reembolsados; una revisión reciente sobre atención paliativa en el cáncer ginecológico concluyó que "la mayor barrera a superar es la falta de políticas de salud y mecanismos de reembolso para facilitar la integración de los cuidados paliativos a la atención oncológica de rutina". La falta de información y los conceptos erróneos acerca de los cuidados paliativos son comunes entre los pacientes y los proveedores de atención de la salud. Una encuesta de opinión pública encontró que el 70% de las personas se identificaron a sí mismas como "sin conocimiento alguno" sobre cuidados paliativos. Los profesionales de la salud a menudo carecen de conocimientos sobre los servicios y beneficios de los cuidados paliativos o consideran equivocadamente que los cuidados paliativos son sinónimo de cuidados terminales.

El informe de instituto de medicina (IOM "Dying in América") concluyó que "uno de los mayores retos pendientes es la necesidad de una mejor comprensión del papel de los

cuidados paliativos tanto entre el público como entre los profesionales a lo largo de todo el continuo de atención, de modo que los cuidados terminales y los cuidados paliativos puedan alcanzar su pleno potencial para los pacientes y sus familias. (Lefkowitz & Solomon, 2016)

VII. DISEÑO METODOLOGICO

7.1. Tipo de estudio

Descriptivo, retrospectivo de corte transversal.

7.2. Área y periodo de estudio

Se realizó en el servicio de gineco – oncología del hospital de la mujer Bertha Calderón Roque de Managua. Dicho hospital es de referencia nacional con la especialidad apoyada por instituciones sociales para el problema del cáncer de las mujeres. El estudio se hizo durante el periodo de enero 2015 a diciembre 2017.

7.3. Población de Estudio

Fueron todas las pacientes que ingresaron al servicio de gineco – oncología con estado de cáncer avanzado o en periodo terminar, acompañada de alguna o no comorbilidad. Se conoce que en el periodo de estudios se evidencia registro 78 pacientes que acudieron para terapéutica paliativa del cáncer. (Hospital de La Mujer Bertha Calderón Roque, 2015 - 2017).

Muestra:

Se estableció por conveniencia, ya que el número de pacientes con esta patología que fueron 78 no representa ninguna dificultad para incluirlas a todas, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión al estudio.

Unidad de análisis.

Fueron los expedientes clínicos de las pacientes, estos se encuentran en archivo del hospital.

Criterios de inclusión:

Se incluyeron todas las pacientes que presentaron manifestaciones clínicas que requirieron de manejo paliativo, por presentan uno de los tres criterios de ingreso;

1. Criterio de últimos días: situación del paciente que presenta marcado declinar funcional, alteración en los signos vitales, previsión de muerte en horas o días e irreversibilidad de la situación.
2. Criterio de elegibilidad de servicio: Situación del paciente con pronóstico de vida inferior a 6 meses y que elige el tratamiento paliativo, renunciando al curativo.
3. Criterio de gravedad y progresión: El criterio de gravedad está en relación con una enfermedad con estado de grave de otras como cardiopatías, IRC etc.

Esto producto de algún tipo cáncer; ya sea de mama, ovario, cervicouterino, vulva y vagina. Sin importar el tiempo de padecerlo y sus terapéuticas aplicadas para la curación, así mismo será incluidos mujeres mayores de 15 años de diferentes procedencias de la capital o del país trasladado o por demanda espontanea.

Criterios de exclusión:

Se excluyeron los expedientes que no cumplieron con los criterios de inclusión y los que tuvieron enmendadura daños e ilegibilidad de la lectura de los datos que dificulto la recolección de la información solicitada.

7.4. Operacionalización de variable

Variable	Concepto	indicador	Escala/valor
Objetivo 1.			
Edad	Tiempo transcurridos en años desde el nacimiento hasta el momento investigado del paciente	Consignado en los expedientes clínicos	27 a 39 años 40 a 59 60 a 80
Procedencia	Lugar donde habita el pacientes según la jurisdicción municipal	Consignado en los expedientes clínicos	Managua Otros Urbana Rural
Estado civil	Relación de hechos legal que tiene una persona en relación a otras	Consignado en los expedientes clínicos	Casada Acompañada Unión de hecho Soltera Divorciada Viuda
Escolaridad	Pensum académico cumplido según orden legal establecido por las autoridades institucionales de estudio	Consignado en los expedientes clínicos	Analfabeta Solo lee y escribe Primaria Secundaria Universitario
Religión	Creencia de un individuo o grupos sobre orden social basado en la divinidad creadora de la existencia	Consignado en los expedientes clínicos	Católica Evangélica Testigo de jehová

			Otras
Diagnostico	Evidencia demostrable por hechos clínico de la presencia la confirmación diagnóstica de las áreas gineco obstétrico y de mamas	Consignado en los expedientes clínicos	Ca de Mama Ca de Ovario Ca de cervicouterino Ca de vulva Ca de vagina
Evidencia de metástasis	La presencia de afectación de ganglios próximos o a distancia y afectación de otro órgano	Consignado en los expedientes clínicos	Si No
Estadio de la enfermedad	Considerado en este estudio como el estado avanzado con deterioro de la salud ampliamente o a término de la vida	Consignado en los expedientes clínicos	Estadio avanzado Estadio terminal
Tiempo de padecer el cáncer	Periodo de tiempo desde que el paciente padece de la enfermedad y fue tratado por problema de cáncer	Consignado en los expedientes clínicos	Menos de 1 año 1 a 2 3 a 5 6 a 10 > 10
Objetivo 2.			
Base para la atención de los cuidados paliativos	Los elementos y cualidades donde se desarrolla la terapéutica que tienen orientaciones específicas para ser integradora y renovadora de pacientes en estadio terminal donde este pueda alcanzar el estado de	Hay evidencia de la asistencia de un equipo multidisciplinario para los problemas del paciente.	No Evidencia 0 Si 1

	<p>conciencia de su enfermedad y morir dignamente</p>	<p>Se incluye dentro de los aspectos terapéuticos la atención al familiar.</p> <p>Se observa las decisiones terapéuticas consensuada con el paciente y los familiares. (consentimiento)</p> <p>Es evidentes las necesidades terapéuticas al origen de problema relacionado al padecimiento de cáncer</p> <p>Se evidencia orientaciones terapéuticas claras y sencillas según problema.</p> <p>Se demuestra el cumplimiento de</p>	<p>No Evidencia 0 Si 1</p>
--	---	---	--------------------------------

		<p>las orientaciones terapéuticas emitida por el personal de salud</p> <p>Demuestra las relaciones de interconsultas con otros médico y equipo multidisciplinario</p> <p>Incluye en la terapéutica la participación de grupos religiosos o de organismos sociales ajeno a institución</p> <p>Se demuestras orientaciones terapéuticas no solo farmacológicas.</p> <p>Se demuestra el uso de instrumentos de medidas estandarizados para</p>	<p>No Evidencia 0 Si 1</p> <p>No Evidencia 0 Si 1</p>
--	--	---	---

		monitorear síntomas algunos recomendados por el protocolo	
Objetivo 3.			
Evaluaciones sistemática general	Es la evaluación médica sobre síntomas y signos que el paciente manifieste y las recomendaciones terapéuticas diarias y que se encuentran registrados los hechos en el expediente clínico.	Existe nota diaria sobre la evaluación de los principales síntomas de los pacientes. Se valoraba el peso. Se valoraba los signos vitales Se demuestran los cambios de la terapéutica o continuación de la misma. Se evidencia las indicaciones nutricionales. Se evidencia las indicaciones y realización de curas	No Evidencia 0 Si 1

		en los casos requeridos.	
Objetivo 4.			
Terapéutica protocolizada paliativa para cada uno de los problemas que presente el pacientes	El plan dirigido a mejorar el estado mórbido que este presentando el paciente en su estadio terminar.	<p>1. Dolor</p> <p>Se monitoreaba a diario la escala del dolor con instrumento medible</p> <p>Se evidencia la intensidad localización y frecuencia del dolor</p> <p>Dolor; medida farmacológica y no farmacológicas</p> <p>Se demuestra la aplicación de la dosis, intervalo, vía de admón. Y fármaco correcto</p> <p>Alcanzar las dosis máximas antes de cambiar a otro fármaco</p>	<p>No evidencia</p> <p>Parcialmente evidente</p> <p>Si evidencia</p> <p>No aplica</p>

		<p>Considerar siempre la co-analgésia.</p> <p>Considerar dosis de rescates</p> <p>En caso de que el opioide sea morfina las dosis de rescate no debe realizarse con menos de una hora de tiempo entre ellas</p> <p>Para todos los fármacos opioides realizar titulaciones.</p> <p>Manejar los efectos adversos.</p> <p>En los casos de dolor leve no se utilizó opioides</p> <p>Se utilizaron los fármacos indicados según protocolo</p>	
--	--	--	--

		<p>para los diferentes tipos de dolor</p> <p>En los casos de dolores musculares se utilizó medio no farmacológico</p> <p>2. Otro Síntomas</p> <p>Se monitoreaba a diario otros síntomas con instrumento medible (MSAS)</p> <p>Se evidencia la evaluación de los 10 parámetros diario.</p> <p>En caso de vomito se mide el volumen la frecuencia y consistencia</p> <p>Se demuestra la aplicación de la dosis, intervalo, vía de admón. Y</p>	<p>No evidencia</p> <p>Parcialmente evidente</p> <p>Si evidencia</p> <p>No aplica</p>
--	--	--	---

		<p>fármaco correcto por etiología de la náusea y vomito</p> <p>Se evidencia de igual manera la aplicación de dosis, intervalo, vía de administración De fármacos para hipertensión intracraneana.</p> <p>Se evidencia de igual manera la aplicación de dosis, intervalo, vía de admón. De fármacos para hipercalcemia</p> <p>Se evidencia de igual manera la aplicación de dosis, intervalo, vía de administración. de fármacos para obstrucción intestinal</p>	
--	--	---	--

		<p>Se evidencia de igual manera la aplicación de dosis, intervalo, vía de admón. De fármacos para retraso del vaciamiento gástrico</p> <p>Se evidencia de igual manera la aplicación de dosis, intervalo, vía de admón. De fármacos para irritación gástrica.</p> <p>Para los trastornos digestivos se evidencia recomendación de cambio nutricionales</p> <p>En la constipación se utilizó laxantes y ablandadores de heces</p>	
--	--	--	--

		<p>No se utilizaron fibras como laxantes</p> <p>Se aumenta la ingesta de líquidos alimentos como frutas y se moviliza más al paciente</p> <p>En pacientes que reciben opioides se previno el estreñimiento</p> <p>3. Diarrea</p> <p>Se identificó la causa de diarrea en caso que hubo</p> <p>Se aplicó tratamiento de acuerdo a la causa de la diarrea</p> <p>4. Anorexia y caquexia</p> <p>Se evidencia la investigación de las causas</p>	<p>No evidencia</p> <p>Parcialmente evidente</p> <p>Si evidencia</p> <p>No aplica</p> <p>No evidencia</p> <p>Parcialmente evidente</p> <p>Si evidencia</p> <p>No aplica</p>
--	--	--	---

		<p>En pacientes muy grave no se trató la anorexia</p> <p>En casos que se requirió métodos farmacológicos para la anorexia</p> <p>Manejar en conjunto con nutricionista</p> <p>Preparación adecuada de los alimentos.</p> <p>Considerar suplementos nutricionales</p> <p>5. Boca</p> <p>Se evaluó con el odontólogo los problemas de la boca en caso de que hubieron</p>	<p>No evidencia</p> <p>Parcialmente evidente</p> <p>Si evidencia</p> <p>No aplica</p> <p>No evidencia</p> <p>Parcialmente evidente</p> <p>Si evidencia</p> <p>No aplica</p> <p>No evidencia</p>
--	--	---	---

		<p>Se trataron las enfermedades cuando hubieron Higiene por halitosis se recomendó Pacientes con prótesis se recomendó cuidado especial de esta</p> <p>6. Hipo Se trató adecuadamente según la norma en los casos que existió</p> <p>7. Alteraciones Neuropsiquiátricas Ansiedad y depresión</p> <p>Fue valorado por personal médico especializado o entrenado</p>	<p>Parcialmente evidente Si evidencia No aplica</p>
--	--	--	---

		<p>Se evidencia la combinación terapéutica y no terapéutica</p> <p>Se admón. Amiptritolina para la depresión y en paciente con alteración sueño y dolor</p> <p>Se utiliza el haloperidol en pacientes con delirium</p> <p>Los benzodiacepinas no se recomiendan como monoterapia en el delirium</p> <p>8. Disnea Demostraba y fue tratada la disnea</p> <p>La forma de tratarla fue con</p>	<p>No evidencia Parcialmente evidente Si evidencia No aplica</p> <p>No evidencia Parcialmente evidente Si evidencia No aplica</p> <p>No evidencia Parcialmente evidente Si evidencia No aplica</p> <p>0 a 50% no se cumple</p>
--	--	---	--

		<p>oxígeno, opiáceos y los ansiolíticos</p> <p>9. Otros</p> <p>La fatiga se identificó y trato la anemia o la hipoxia</p> <p>Se modifica la actividad diaria</p> <p>El uso Metilfenidato fue admón.</p> <p>Correctamente</p> <p>10.0 Se evidencia que se dio atención al familiar más próximo</p> <p>Porcentaje de cumplimiento del protocolo</p> <p>No de actividades necesaria /No de actividades realizada</p>	<p>51 a 79 parcialmente se cumple</p> <p>80 a 100 se cumple</p>

7.5. Técnicas y Procedimientos:

Fuente de información

Fue secundaria; recolectada de los expedientes clínicos que se encuentran en el área de archivo del hospital.

Método e Instrumento

Para cumplir con los objetivos del estudio se formuló un instrumento de recolección de la información basado en las recomendaciones indicada en la norma y protocolo nacional de cuidado Paliativo orientado por expertos consultado por el MINSA, este contiene preguntas en su mayoría cerradas sobre datos generales, los elementos básico para la atención de los cuidados paliativos, las evidencia de las evoluciones sistemática de los pacientes y las atenciones y terapéuticas específica por problemas derivado de su patología de base.

Para validar el instrumento se requirió al menos 10 expedientes de los mismos que serían incluidos en el estudio, esto previamente antes de decidir el levantamiento definitivo. Se observó que todos los ítems fueron llenados de manera satisfactoria.

Procedimientos:

Se solicitó el permiso a la dirección del hospital para realizar el estudio y tener acceso a los expedientes clínicos del área de archivo. La recolección de la información la realizo la misma investigadora, y se solicitaron 40 a 45 expedientes por semana, concluyendo en 3 semanas la recolección de datos.

7.6. Plan de tabulación y análisis:

Una vez que se obtuvo la información mediante la ficha de recolección de la misma, se elaboró base de datos en el programa SPSS 21.0 para Windows, que son los indicadores propuesto para evaluar el cumplimiento con base de puntaje de índice sumatorio de las acciones que se tuvieron que realizar. Posteriormente se estableció análisis de frecuencias para todas las preguntas y cruces de variables de aquellas que interesa poner en evidencia la necesidad de la aplicación terapéutica correspondientes con las bases de la atención de los pacientes con el porcentaje de cumplimiento alcanzado. Para identificar el porcentaje de cumplimiento, se tomó la referencia el número de preguntas que debieron realizarse entre la que se realizaron por 100. Generando 3 categoría, <50 por ciento 50 a 80 y >80 por ciento.

7.7. Cruce de variables

1. Edad de las pacientes atendidas por cáncer en el servicio de Gineco – oncología.
2. Procedencia de las pacientes atendidas por cáncer.
3. Escolaridad de las pacientes atendidas por cáncer en el servicio de Gineco – oncología.
4. Presencia de Metástasis de las pacientes atendidas por cáncer en el servicio de Gineco – oncología.
5. Estadio de las pacientes atendidas en el servicio de Gineco – oncología del hospital.
6. Tipo de Cáncer según Porcentaje de cumplimiento de protocolo de manejo paliativo en mujeres con cáncer atendidas en el servicio de Gineco – oncología.
7. Metástasis según Porcentaje de cumplimiento de protocolo de manejo paliativo en mujeres con cáncer
8. Tipo de Cáncer según Porcentaje de cumplimiento de protocolo de manejo paliativo en mujeres atendidas en el servicio de Gineco – oncología.
9. Metástasis según Porcentaje de cumplimiento de protocolo de manejo paliativo en mujeres con cáncer atendidas en el servicio de Gineco – oncología.
10. Tiempo de padecer Cáncer según Porcentaje de cumplimiento de protocolo de manejo paliativo en mujeres atendidas en el servicio de Gineco – oncología.

11. Base de atención para el Cáncer según Porcentaje de cumplimiento de protocolo de manejo paliativo en mujeres con cáncer atendidas en el servicio de Gineco – oncología.

7.8. Aspectos éticos:

Se tomó información que es de utilidad para el estudio, no se modificaron, ni alteraron los datos ni los diagnósticos o cualquier contenido del mismo, la información se mantiene en anonimato y confidencialidad sobre los nombres de las pacientes y personal médico tratante. La información será dada a conocer en la misma institución para genere conciencia sobre las orientaciones en el cuidado de pacientes con cáncer.

VIII. RESULTADOS

Hay evidencia que el mayor porcentaje 73.0% (57) de las mujeres incluidas en el estudio tenían cáncer de cuello uterino y 19.2% (15) cáncer de mama. El 37.2% de las mujeres con cáncer cervico uterino tenían edades de 40 a 59 años y 10.2% de las mujeres que tienen cáncer de mama tenían esa misma edad.

El 25.6% de las que tuvieron cáncer cervico uterino y el 9.0% de las que tuvieron cáncer de mama procedían de Managua. Hay evidencia que 9.0% de mujeres con cáncer cervico uterino procedían de Matagalpa, de estas mujeres 79.5% eran áreas rurales.

El 44.9% tenían un nivel de escolaridad primaria, se identificó 1.3% de las mujeres con nivel universitario presento cáncer de ovario y las mujeres analfabetas el 21.8% tenían cáncer cervico uterino. El 52.6% eran de la religión católica, se encontró que de este porcentaje 11.5% tenían cáncer de mama y 38.5% cáncer Cérvicouterino. (Ver tabla 1).

De las características generales de las mujeres con cáncer se deriva que las que tuvieron cáncer de mama 11.6% no presentaban metástasis mientras que las que tuvieron cáncer cervico uterino 39.7% se acompañaba de metástasis donde el 17.9% fue a hueso y el 10.2% a vejiga urinaria. (Ver tabla 2).

Lo que se pudo evidenciar sobre la base de la atención de los cuidados paliativo de las mujeres con cáncer el 74.3% tuvo un equipo multidisciplinario para la asistencia de los problemas de las pacientes. El 74.3% de los expedientes mostraban orientaciones terapéuticas claras y sencillas según problemas que presentaban las mujeres. El 93.6% Demuestra las relaciones de interconsultas con otros médicos.

Se logró identificar 21.8% que incluyen en la terapéutica la participación de grupos religiosos o de organismos sociales ajenos a la institución y se demuestran orientaciones terapéuticas no solo farmacológicas. (Ver tabla 3).

Los datos de la evaluación sistemática habrían evidenciado que 96.2% de las mujeres con cáncer tenían nota diaria sobre la evolución de los principales síntomas, en el 91.0% se identificó la valoración del peso y el 93.6% presentaban cambios o continuación de la terapéutica.

En el 89.7% fue encontrado indicaciones nutricionales y en los casos que requirieron cura a 97.4% lo tenían indicado. (Ver tabla 4).

Al evaluar el manejo paliativo según el protocolo ministerial el mayor porcentaje de pacientes se les cumplió parcialmente lo que se indicaba de acuerdo a las necesidades prevista. De lo que corresponde al dolor 16.7% no se les cumplió la titulación para los fármacos opioides, ni el manejo de los efectos adverso, ni en los casos de dolor leve no se respetó la no utilización de opioides.

Lo que respecta a otras sintomatologías el 55.1% no se cumplió la aplicación de dosis, intervalo, vía de administración de fármaco para hipertensión endocraneana, hay evidencia que 58.9% que tuvieron constipación no se utilizó laxantes y ablandadores de heces, hay 14.1% que se utilizó fibras como laxantes, no se cumplió con la prevención en 15.4% de los pacientes el estreñimiento por el uso de opioides. (Ver tabla 5).

En el caso de la diarrea se identificó que no aplicaban 46.2% de los pacientes sin embargo fue identificado que recibieron tratamiento por causa de diarrea 15.4% y parcialmente 17.9% y al 24.4% no se le aplicó.

Al investigar la anorexia y caquexia en pacientes muy grave como el 12.8% se afirma el no tratamiento por la grave de los pacientes y en 16.7% la afirmación del cumplimiento fue parcial, por tanto, se demuestra que el 34.6% que, si podía tratarse farmacológicamente la anorexia y no fue cumplido, en cambio sí es evidente el cumplimiento en 75.6% que la anorexia y caquexia se manejaron con el nutricionista, se adecuó la preparación de los alimentos y se consideró los suplementos nutricionales.

Lo que respecta a la revisión de la boca de los pacientes, hay 48.7% que no fueron evaluado con el odontólogo, solo un 2.6% que se evaluaron y 9.0% que la evaluación fue parcial, cuando tuvieron enfermedades a 1.3% se trataron, mientras que parcialmente se hizo en 10.2%. Hay un 67.9% que se recomendó la higiene oral por halitosis y ese mismo porcentaje se le recomendó el cuidado especial por prótesis dental. El hipo se trató en 10.3% y parcialmente en 6.4% de los pacientes.

Por las alteraciones Neuropsiquiaticas ansiedad y depresión hay 66.6% que se cumplió con la valoración especializada y 5.0% se hizo de manera parcial, casi al total de los valorados se le administro Amiptrilina para la depresión, Haloperidol para el delirium y benzodiacepina.

De acuerdo al nivel de cumplimiento de la aplicación del protocolo 44 (56.4) obtuvieron un 51 a 80% del cumplimiento, fue observado este cumplimiento en el grupo de 40 a 59 años en 28.2% y las pacientes de 60 a 80 años el nivel de cumplimiento fue menor de 50.0%. En los tres grupos de menor de 50.0%, 51 a 80.0% y más del 80.0% según la causa de cáncer fue e cervico uterino mientras que las pacientes con cáncer de mama 16.7% tenían un nivel de 51 a 80% de cumplimiento. Hay un 16.7% de los que tuvieron metástasis que el nivel de cumplimiento fue menor de 50.0%. De los casos de metástasis 7.7% de la ocurrida den hueso el nivel de cumplimiento no era mayor de 50.0%, este nivel de cumplimiento fue identificado en 12.8% de los que tenían un estadio IVB del estadio del cáncer. Hay 43.5% que tuvieron cumplimiento de 51 a 80.0% de cumplimiento que tenían de 1 a 3 años. (Ver tabla 7).

De acuerdo a las debilidades de la base terapéutica encontrada según el nivel de cumplimiento del protocolo; la evidencia de un equipo multidisciplinario para los problemas de los pacientes el 38.5% alcanzo el 51 a 80.0% del nivel de cumplimiento, el mismo porcentaje donde se evidenciaba orientaciones sencillas y clara según problema. El 51.3% de los que tenían un nivel de cumplimiento de 51 a 80.0% del protocolo no había participación de grupos religioso o de organismo sociales ajenos a la institución y un poco más 53.8% del porcentaje anterior y el mismo nivel de cumplimiento no hay orientaciones terapéuticas no solo farmacológicas. (Ver tabla 7).

IX. DISCUSSION DE RESULTADOS

Según los cambios en el comportamiento de las enfermedades oncológicas que no responden a tratamiento curativo y requieren de cuidados paliativos es necesario mejorar las condiciones para la atención de estos problemas en las unidades asistenciales de los países en vías de desarrollo con pocos recursos destinado y mayor demanda de personas que lo necesitan por el sinnúmero de manifestaciones derivadas del padecimiento de cáncer muchas veces difíciles de controlar.

Se sabe, que con el manejo paliativo el sistema de salud brinda un servicio para el bien morir, no importa que el paciente no recupere su salud, pero lo importante es que el paciente sienta vivir con una enfermedad terminal de manera más humana y con dignidad.

En vista de ser un hospital para la mujer, los cuidados están relacionados a padecimientos de órganos sexuales y reproductivos en donde el más frecuente es el cáncer cervico uterino que lo presentaron dos terceras partes de todas las mujeres que se incluyeron en el estudio. Los cuidados paliativos están basados sobre principios que persiguen proveer alivio del dolor y otros síntomas penosos, integrar los aspectos psicológicos y espirituales de la asistencia al paciente y no solamente incluye al paciente sino también integrar a los familiares para la aceptación del deceso del familiar enfermo. (The Lancet Oncology Comisión, 2013). Hay estudios que demuestran puntajes más altos a la calidad de vida cuando hay más apoyo social a que en pacientes que no lo tienen. (Novoa Gómez, Caycedo, Aguillón, & Suárez Álvarez, 2008).

Se insiste sobre las definiciones de este tema, ya que las condiciones que el Hospital Bertha Calderón tiene aún muestran debilidades que deben ser mejoradas, ya que muchas de las mujeres dependen de lo único que el sistema de salud puede ofrecerles. La Norma de Cuidados Paliativos y Protocolo para los Cuidados Paliativos entro en vigencia desde mayo del 2010, como compromiso de asegurar este derecho a una población vulnerable, si bien es cierto hay cambios que se van dando de manera lenta, se va permitiendo a la vez ir integrando a un equipo multidisciplinario y un ambiente para la atención lo que ha demostrado una mayor aceptación del servicio de las mujeres, ya que al inicio de haber establecido la norma

eran muy pocas las mujeres beneficiadas, lo que ha ocurrido en un momento determinado de estas pacientes, es el abandono y el deseo de fallecimiento en su domicilio si observamos los resultados son muy pocas las mujeres que tiene de 9 a 11 años de padecer cáncer. Pero uno de los mayores problemas que se visualiza es la existencia de un sistema de cuidado por los prestadores de servicio orientado meramente clínico y no de integración al factor de actividad dinámica y de utilidad que el paciente debe sentir.

Tal como se decía anteriormente, para la atención de dos tercios de las mujeres evidenciaba la intervención multidisciplinaria, la mayor debilidad de la base de atención en el hospital Bertha Calderón es el poco involucramiento de los grupos religiosos y sociales que hay.

Por otro lado, es importante mencionar que hay situaciones propias del que hacer del personal en la institución hospitalaria en los que se hace necesario cambios de los estilos de trabajo o actitud sobre la importancia de las indicaciones relacionadas al cumplimiento de la norma, ya que fue en poco pero había evidencia sobre la falta de evaluación nutricional los signos y síntomas o la sistematicidad de las terapéuticas dadas, no se logró constatar si es algo que no se realizó o simplemente no fue consignado en los expedientes.

Fueron entre 11 a 13 pacientes los que al momento del estudio que el dolor no fue evidente y fueron excluidos de las preguntas relacionadas, este resultado demuestra lo que se viene planteando anteriormente, donde hay una proporción considerada que el cumplimiento del control del dolor fue parcialmente. Un elemento importante es el poco manejo de los efectos adversos de opioides y es más la utilización de fármacos para mejorar los dolores que el uso de medios auxiliares recomendados.

También quedó demostrado que, de las otras manifestaciones clínicas como vómito que fue muy frecuente y el uso de laxantes para la constipación o simplemente tener en cuenta que el uso de opioides que inclusive administrado en los casos de dolor leve, no se prevé que puede generar constipación.

Se observa que las manifestaciones más frecuentes en la población estudiada fue el dolor, los vómitos, la constipación y las alteraciones Neuropsiquiátricas, a pesar de estas manifestaciones, son muy pocos los pacientes que se les monitorea con instrumentos medibles estandarizados, se sabe que la correcta monitorización ayudará a clarificar los objetivos, sistematizar el seguimiento, y mejorar el trabajo para poder comparar resultados.

Por todo lo que se ha mencionado el nivel cumplimiento demuestra cierto grado de interés por ir cambiando las condiciones en que son atendidas las pacientes, sin embargo, la norma fue generada e implementada para darle salida al cumplimiento de objetivo en más del 90.0%. En el caso del Hospital Bertha Calderón como hospital de referencia nacional obliga a generar una atención de alta calidad que logre cumplir con los estándares de evaluación.

El paciente con cáncer fácilmente está susceptible a las depresiones o trastorno neuropsiquiátrico, se habla de brindar algunas terapias de cuidados que en nuestro medio no son aplicados entre ellos música terapia, técnicas de relajación. En el proceso de cuidado de estos pacientes no se integra a personal especializado para que lo realice. Por ende, el cumplimiento parcial determina que no se alcancen altos porcentaje de cumplimiento de protocolo y manejo paliativo.

Por otro lado, aunque se establecieron según las características de los pacientes y la base para la atención comparación con el nivel de cumplimiento, es algo sobresaliente entre los niveles por la diferencia entre decir menos de 50 y el 50 a 80 o más de este porcentaje de cumplimiento las diferencias son extrema y las mayorías de estas variables que fueron relacionadas comparte más en nivel medio.

Lo que se demuestra es que de manera general se requiere cambiar las condicionantes de atención que tiene el hospital para garantizar cuidados más especiales que son parte de los requisitos para el cumplimiento del protocolo de cuidados paliativos.

X. CONCLUSIONES

1. El cáncer cervico uterino fue el más frecuente en la población estudiada, siendo dos terceras partes de la proporción de todos los cánceres incluidos en el estudio, demostrando que son poblaciones con características carenciales que dependen de una asistencia pública del manejo paliativo para su atención.
2. La base de la atención de los manejos paliativos presenta más indicadores positivos acertados de manera parcial como debilidades, concentradas en el trabajo que realiza el equipo multidisciplinario de nuestra unidad en base a los recursos con los que se cuentan
3. El manejo protocolizado de los cuidados paliativo alcanza en casi dos terceras partes de las pacientes incluidas al estudio entre 50 a 80 porciento de cumplimiento debiéndose que la mayoría de las actividades se realizan de manera parcial o no se realizan, condicionado con los síntomas más evidentes que presentaron los pacientes como el dolor, vomito, constipación y alteraciones neuropsiquiatricas.
4. El nivel de cumplimiento medio no demuestra una relación preferencial con las características generales de las pacientes ni con la base de la aplicación de la terapéutica de los cuidados paliativos, ya que el mayor número se concentra a este nivel y son menores en porcentaje al nivel de cumplimiento bajo y alto.

XI. RECOMENDACIONES

1. Designar técnicamente el monitoreo sistemático del cumplimiento de los manejos paliativos en el servicio de gineco oncología de manera permanente, con evidencia de análisis y formulación de estrategias que permitan una adecuada aplicación y cumplimiento del protocolo.

2. Garantizar que la atención por los residentes en el servicio sea de calidad con base docente y de estricto cumplimiento en la garantía de un trato humanizado y de empatía no solo de la aplicación medica farmacológica, si no en las orientaciones basadas en la norma para la atención de pacientes en fase terminal.

3. Permitir a través de la gestión que tiene que realizar el servicio de trabajo social del hospital la participación de grupos religiosos y otras instituciones sociales incluyendo con capacidad técnica que pueda involucrarse a desarrollo social del paciente y del familiar cercano para el apoyo al bien morir de los pacientes con cáncer.

XII. BIBLIOGRAFIA

- Astudillo Alarcón , W., & Salinas Martín, A. J. (2016). Base para mejorar la intervención de cuidados paliativos. San Sebastian : Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- Echeverria Haro, P. C., & Morreta Collaguazo, M. J. (2014). Cuidados paliativos en pacientes con cáncer terminal en la unidad Oncológica Solca Ibarra, Octubre 201 a marzo 2014. Ibarra, Ecuador : Universidad Técnica del Norte .
- Hospital de la Mujer Bertha Calderón Roque . (2015 - 2017). Registro de seguimiento de pacientes con manejo paliativos . Managua: MINSA.
- Hospital de La Mujer Bertha Calderón Roque. (2015 - 2017). Registro de seguimiento de pacientes del servicio de Gineco - oncología . Managua: MINSA.
- Instituto Nacional del Cáncer . (2008). Control del Dolor: Apoyo para la personas con Cáncer . Departamento de salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos .
- Intituto Nacional del Cáncer . (2012). Los cuidados al final de la vida de las personas con cáncer . Departamento de salud y servicios Humanos de los Estado Unidos .
- Lavy, V. (2009). Juegos de Herramientas de Cuidados Paliativos. Londres: Help the Hospices.
- Lefkowits, C., & Solomon, C. (2016). Cuidados Paliativos en Ginecología y Obstetricia. Washington, DC: The American College of Obstetricians and Gynecologists.
- Ministerio de Salud Nicaragua. (2010). Norma de Cuidados Paliativos y Protocolo para los Cuidados Paliativos. Managua: Ministerio de Salud, Nicaragua.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). Unidad de Cuidados Paliativos . Madrid : Ministerio de Sanidad y Política Social.

- Nabhan Guadamuz, N. A., & González Fuentes, M. J. (2015). Nivel de conocimiento, hábitos y prácticas en cuidados paliativos de los médicos residentes de la especialidad de ginecología y obstetricia, brindan a las pacientes del servicio de oncología en el hospital Bertha calderón Roque , en el segundo semestre 20. Managua: UNAN - Managua.
- Novoa Gómez, M. M., Caycedo, C., Aguillón, M., & Suárez Álvarez, R. A. (2008). Calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes adultos con enfermedad avanzada y en cuidado paliativo en Bogotá. Cali: Pontificia Universidad Javeriana.
- OMS - OPS. (2014). Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. Washington, DC: World Health Organization.
- OMS. (2006). Cuidados Paliativos Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces. Ginebra : OMS.
- The Lancet Oncology Comisión. (2013). La planificación del control del cáncer en América Latina y el Caribe. The Lancet Oncol Comisión, 391–436.

XIII. ANEXOS