



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD

Guía Clínica

Alivio del dolor por cáncer
avanzado y Cuidados Paliativos



*Chile está
mejor*
REFORMA DE LA SALUD

2005

Citar como:

MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. ***Guía Clínica Alivio del dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos***. 1st Ed. Santiago: Minsal, 2005.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido con fines de capacitación del Plan de Garantías Explícitas en Salud según Decreto Ley N°170 del 26 Noviembre 2004, publicado en el Diario Oficial (28 Enero 2005).

ISBN

INDICE

Grupo de Expertos

Glosario de Términos

1. Extracto Decreto Ley Garantías Explícitas en Salud
2. Antecedentes
3. Magnitud del problema
4. Objetivo de la Guía Clínica
5. Criterios de Inclusión de población objetivo
6. Recomendaciones según nivel de Evidencia
7. Intervenciones Recomendadas para el ingreso
8. Intervenciones Recomendadas para a Atención Primaria
9. Intervenciones Recomendadas para a Atención Secundaria
10. Intervenciones Recomendadas para el Atención Terciaria
11. Bibliografía
- 12. Anexos**

Anexo 1: Unidades de alivio del dolor por cáncer y cuidados paliativos

Anexo 2: Red asistencial

EQUIPO DE EXPERTOS

Enf. M. Lea Derio
Licenciada en Salud Pública
Coordinadora Nacional
Programa Ad y C. Paliativos
cancer@minsal.cl

Dra. Marisol Ahumada
Anestesista
Jefe Unidad AD y CP
Instituto Nacional del Cáncer

Dra. Natalie Rodríguez
Hematólogo Pediatra
Encargada Protocolo
Dolor cáncer Infantil
cancer@minsal.cl

Dra. Carmen Luz Kreither
Anestesióloga
Jefe Programa del Dolor
H. Juan Noé Arica

Dr. Víctor Zambrano
Radioterapeuta
H. Antofagasta

Dr. Renato Zegpi
Anestesista
Dra. Rose Mary Gandulía
Anestesista
M^a Alicia Alvarado
Reumatóloga
H. La Serena

Dr. Willy Yancovic
Anestesista
H. Llay - Llay

Dra. Ana Rosa Morgado
Anestesista
H. La Serena

Dr. Marcelo Di Giorgis
Anestesista
H. Van Buren

Dra. Carla Pellegrin
Anestesista
H. San José

Dr. Cristian Trujillo
Cirujano Oncólogo

Instituto Nac. del Cáncer

Dra. María Emiliana Moreira
Fisiatra
H. San Juan de Dios

Dr. Daniel Leiva
Anestesista
H. Talagante

Dr. Arturo Vásquez
Oncólogo Médico
H San Borja Arriarán

Dra. Irma Jiménez
Anestesista
Jefe U. Dolor
H. Del Salvador

Dr. Rodrigo Fernández
Anestesista
H. Del Salvador

Dr. Alfonso Corradini
Broncopulmonar
Instituto Nac. del Tórax

Dr. César Castillo
Oncólogo Médico
H. Barros Luco Trudeau

Dra. Sylvia Armando
Radioterapeuta
H. Barros Luco Trudeau

Dra. Lorena Báez
Médico Internista
H. Sótero del Río

Dr. Hernán Pulgar
Cirujano Oncólogo
H. de Talca

Dr. Lorenzo Fernández
Anestesiólogo
H. de Ñuble

Dra. Patricia Sánchez
Anestesista
H. Las Higueras

Dra. Angela Fernández

Radioterapeuta
H. Grant Benavente

Dr. Carlos Peña
Hematólogo
H. de Los Angeles

Dr. Qf. Luis Ortiz
Químico Farmacéutico
H. Arauco

Dr. Bernardo Lilayo
Anestesiista
H. Temuco

Dra. María José Puga
Medico de Familia
H. Valdivia

Dra. Erika Méndez
Oncólogo Médico
H. de Osorno

Dr. Ricardo Cirio
Anestesiista
H. de Pto. Montt

Dr. Gonzalo Sáez

Equipo de Psicólogos

Psc. Ivette Brown
Psc. Ana María Abarzúa
Psc. Margarita Araya
Psc. Cecilia Cantele
Psc. Karime Tala
Psc. Violeta Cadiz
Psc. Marcia Morales

Equipo de Químicos Farmacéuticos

Q.F. Lorena Pizarro
Q.F. Cecilia Ocharán
Q.F: Rosa Escobar
Q.F: Soledad Troncoso
Q.F. Maricella Cerda
Q.F. Itzel Henríquez
Q.F: Beatriz Mercado
Q.F. Cristina Agüero
Q.F. Gilda Solis
Q.F. Marianela Torres
Q.F. Anagelica Atalah
Q.F. Jenny González
Q.F: Rose Marie Fresart
Q.F : Lorena González
Q.F: Verónica Ravanal

Q.F. Yun Lin Lay
Q.F. Marianela Torres
Q.F. Avelina Miranda
Q.F. Luis Díaz
Q.F. Patricia Carrasco
Q.F. María Pía Díaz
Q.F: Claudia Córdova
Q.F. Wanda Orrego
Q.F. Teresa Aqueveque
Q.F. Sandra Acuña
Q.F. Jenny Amado
Q.F: Loreto Cabrera
Q,F. Marly Ulloa
Q,F. Claudia Schramm
Q.F. Ana Cristina Osorio
Q.F: Ernesto Arous
Q.F. Lorna Barrientos

Equipo de Asistente Sociales

As. Marcela Vidalón
As. Dolly Staig
As. Filomena Villa

Equipo de Matronas/es

Mat. Rienzi Medalla
Mat. Cristina Cerda
Mat. Patricia Fuentes
Mat. Yazmín García
Mat. María Eugenia Candia
Mat. Lucía Guiñez
Mat. Lucía Atala

Dra. M. Antonieta Rico
Anestesiista

Past - Presidente

Soc. Chilena para el estudio del Dolor,
Capítulo Chileno de la IASP

Jefe Sub Dpto. Control

Instituto de Salud Pública de Chile

Dra. QF. Ruth Pohelman

Unidad de Cáncer MINSAL

Enf. M. Lea Derio P.

Equipo de Enfermeras PAD y CP

Enf. Gabriela Parra
Enf. Ana María Moraga
Enf. Alicia Gárate
Enf. Alicia Becerra
Enf. Leslie Luza
Enf. Viviana Guerra
Enf. Alejandra Salinas
Enf. Carmen Garrido
Enf. Pamela Araneda
Enf. Carmen Ibarra

Enf. Elisa Gutiérrez
Enf. María Elena Orellana
Enf. María del Pilar Flores
Enf. María José Errázuriz
Enf. Emelina Veillon
Enf. Marcela Barrera
Enf. Silvana Santander
Enf. Claudia Farias
Enf. Mónica Muñoz
Enf. Ana Casanova
Enf. María Carrasco
Enf. María Pía Díaz
Enf. Soledad Gómez
Enf. Rebeca Méndez
Enf. Paulina González
Enf. Olivia González
Enf. María Verónica Arenas
Enf. Cecilia Cifuentes
Enf. Raquel Baeza
Enf. Jessica Acevedo

Enf. Greta Díaz
Enf. Berta Bravo
Enf. Pilar Pineda
Enf. Ana Luz Espinoza
Enf. Claudia Parra
Enf. Carlota Palacios
Enf. Claudia Alcagaya
Enf. Karen Antiqueras

Revisor de Evidencias

Dra. Evelina Chapman

Equipo FONASA

Sr. Nelson Guajardo

Jefe Dpto. Salud de las Personas 2003

Dra. Jeanette Casanueva

Jefe Dpto. Salud de las Personas 2004

Dra. Gloria Ramírez

GLOSARIO DE TERMINOS

Cáncer avanzado

Enfermedad oncológica en progresión; sin evidencia clínica de respuesta hacia la remisión completa, curación o mejoría.

Enfermedad oncológica en etapa avanzada: Se preferirá este término al de "terminal", para hacer referencia a la presencia de una enfermedad grave, progresiva y en la que no existen posibilidades de respuesta a un tratamiento específico, asociada a numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples y cambiantes.

La ambigüedad de la frase "paciente terminal" es obvia e implica dificultades para usarla. El concepto "terminal" lleva implícita la idea de que todo está terminado, y que no hay tiempo u oportunidad para hacer más, y que cualquier iniciativa de tratamiento activo está injustificada.

Al respecto, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos⁹ (SECPAL) define la **enfermedad terminal** como una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, sin posibilidades o con escasas posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, donde concurren numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes que produce gran impacto emocional en la persona, en la familia y en el equipo terapéutico. Está muy relacionado con la presencia, explícita o no, de muerte y con un pronóstico de vida limitado.

Cuidados Paliativos

Consisten en la asistencia total y activa al paciente y a su entorno, por un equipo multiprofesional, cuando no hay posibilidad de curación y en que el objetivo esencial del tratamiento ya no consiste en prolongar la vida.

Cuidado paliativo es el cuidado activo y global del paciente y la familia, brindado por un equipo multidisciplinario cuando la enfermedad del paciente se considera no susceptible de tratamiento curativo' (OMS, 1994).

El **Dolor en pacientes con cáncer** avanzado es de origen multicausal y de naturaleza compleja, la definición propuesta por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, Seattle, Washington) es:

"El dolor es una desagradable experiencia sensorial y emocional que se asocia a una lesión actual o potencial de los tejidos o que se describe en función de dicha lesión.

El dolor es siempre subjetivo. Cada individuo aprende a aplicar ese término a través de sus experiencias traumáticas juveniles. Indudablemente, se trata de una sensación en una o más partes del cuerpo pero también es siempre desagradable y, por consiguiente, supone una experiencia emocional"

Dolor por Cáncer²:

Es un **dolor crónico**, su característica patognomónica no es sólo el tiempo de duración, sino la presencia de alteraciones psicológicas (impotencia, desesperanza) que condicionan la conducta dolorosa, debido al compromiso afectivo. Puede ser tan maligno como para inducir al paciente al suicidio, aquí el dolor no es un síntoma sino la enfermedad misma.

Según Bónica,¹⁸ el **dolor en pacientes con cáncer terminal**, puede tener connotaciones de **dolor crónico** resultante de la progresión del cáncer y a veces también de **dolor agudo** causado por condiciones patológicas relacionadas con el cáncer.

- Atrapa toda la atención de la persona enferma incluyendo a su grupo más cercano.
- Es un dolor que está en directa relación con el tumor maligno no controlado.
- Es un dolor cuyo origen puede conocerse pero su final es impredecible.
- Es un dolor que en vez de mejorar empeora.
- Es un dolor sentido por una persona que cada día disminuye su capacidad por progresión de la enfermedad.

Para su evaluación se utilizan distintas **escalas según la edad y comprensión del paciente**.

EDAD	TIPO DE ESCALA	NOMBRE
0 - 3	Comportamiento	FLACC
3 - 5	Auto evaluación	FLACC
5 - 13	Auto evaluación	Escala Facial
> 13	Auto evaluación	Escala Visual Análoga, EVA

METODO ESCALONADO DE LA OMS PARA CONTROLAR EL DOLOR CAUSADO POR EL CANCER

La OMS ha creado un método relativamente poco costoso pero eficaz para mitigar el dolor causado por el cáncer en alrededor de 90% de los pacientes.

Este método, llamado Método Escalonado de la OMS para Aliviar el Dolor, puede ser sintetizado en cinco frases:

“Por vía oral”

Siempre que sea posible, hay que administrar los analgésicos por vía oral para lograr una amplia aplicabilidad de este método.

² Bejarano, Pedro F. De Jaramillo, Isa. Morir con Dignidad. Fundamentos del Cuidado Paliativo. Atención Interdisciplinaria del Paciente Terminal. Fundación Omega, Bogotá, 1992.

“A la hora exacta”

Los analgésicos deben ser administrados a la hora fijada, es decir, con determinados intervalos de tiempo. La dosis siguiente será administrada antes de que haya desaparecido por completo el efecto de la dosis anterior para mitigar continuamente el dolor.

“En forma escalonada”

El primer paso es dar un fármaco no opioide, como el paracetamol. Si éste no alivia el dolor, se debe agregar como segundo paso un opioide débil para calmar el dolor entre leve y moderado, como la codeína. Si con éste no se alivia el dolor, el tercer paso será administrar un opioide potente para calmar el dolor entre moderado e intenso. En determinados casos se usan otros fármacos, llamados coadyuvantes. Por ejemplo, los fármacos psicotrópicos se emplean para calmar temores y la angustia.

“Para cada persona, el caso individual”

No hay una dosis estándar para los medicamentos opioides. La dosis “correcta” es aquella que mitiga el dolor del paciente. Se debe titular la dosis para cada paciente, intentando buscar la dosis mínima adecuada, que permita al paciente aliviar su dolor y tener un mínimo de efectos adversos.

“En forma detallada”

Es preciso subrayar la necesidad de la administración sistemática de fármacos que calman el dolor. Lo ideal es poner por escrito el tratamiento farmacológico del paciente en forma detallada para que pueda ser aplicado por el paciente y su familia.

1. EXTRACTO DECRETO LEY GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD

1. ALIVIO DEL DOLOR POR CÁNCER AVANZADO Y CUIDADOS PALIATIVOS

Definición: El cáncer avanzado o terminal corresponde a la enfermedad oncológica avanzada y en progresión, sin evidencia clínica de respuesta hacia la

remisión completa -curación o mejoría-, asociada a numerosos síntomas .

Los cuidados paliativos consisten en la asistencia al paciente y a su entorno por un equipo multiprofesional, cuyo objetivo esencial es controlar los síntomas, entre ellos el dolor por cáncer, para mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

Patologías Incorporadas: quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- ✓ Todo cáncer terminal

a. Acceso:

Beneficiario con confirmación diagnóstica de cáncer terminal.

b. Oportunidad:

□ Tratamiento

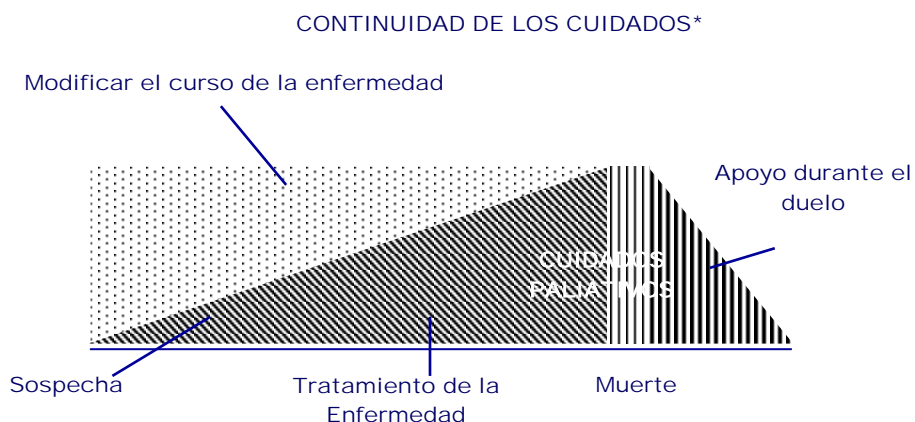
Inicio de tratamiento: Dentro de 5 días desde confirmación diagnóstica.

c. Protección Financiera:

Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel (\$)	Copago	
					Copago (%)	Copago (\$)
CUIDADOS PALIATIVOS CÁNCER TERMINAL	Tratamiento	<i>Tratamiento Integral Cuidados Paliativos Cáncer Terminal</i>	<i>mensual</i>	36,230	20%	7,250

2. ANTECEDENTES

El Programa Nacional de Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos emerge en 1994 del Programa Nacional de Cáncer del Ministerio de Salud y hace propio el Modelo de Continuidad de los Cuidados, propuesto por el programa de **Lucha contra el Cáncer de la Organización Mundial de la Salud. 2003.**



* National Cancer Control Programmes WHO 2002

La atención de los pacientes con cáncer avanzado (terminal) se efectúa a través de lo establecido en la Norma General Técnica N° 31 y 32, **“Programa Nacional Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos a pacientes con Cáncer terminal¹ PAD y CP”** y **“ Norma de Enfermería para el AD y CP “** del Ministerio de Salud; donde están contenidos los protocolos del tratamiento: de dolor por cáncer y control de otros síntomas.

El principal objetivo, procura **“Mejorar la calidad de vida de los enfermos con cáncer avanzado de ambos sexos y toda edad; a través de la oportuna derivación, ingreso, evaluación y tratamiento adecuado y oportuno de la unidad paciente - familia”**, se implementa a través de estrategias, entre las que destaca:

- En 1994 conforma la Comisión Nacional para el alivio del dolor y cuidados paliativos con especialistas del sector público y privado.
- Elabora en 1995 la Norma, Alivio del dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos, que contiene los Protocolos Nacionales para la evaluación y tratamiento de los síntomas del cáncer avanzado. Permanecen durante dos años en discusión y consenso. En 1998, el Dpto. de Asesoría Jurídica del MINSAL las aprueba en calidad de Norma General Técnica N° 31 y 32.
- En 1997, el Cáncer fue incluido entre las prioridades del Ministerio de Salud y el cáncer terminal entre sus prioridades programáticas.

¹ NTG N° 31, Resolución Exenta N° 1961, 1998 Y NTG N° 32, Resolución Exenta N° 129, 1999. MINSAL

- Organiza 28 centros o unidades PAD y CP del adulto los que constituyen la red nacional de atención en íntima relación con las unidades de oncología, hematooncología, patología mamaria, y cervical, cirugía y otras especialidades de nivel secundario y terciario de atención. También con laboratorio clínico, imágenes, los centros de radioterapia, y en lo específico con los Departamentos de Hematología de los 28 Servicios de Salud del país.
- Desde 1998, financia 100% el tratamiento con analgésicos e insumos prioritarios a todos los beneficiarios del sector público.
- Dispone desde sus inicios, de registros sistemáticos específicos para el monitoreo, la evaluación y seguimiento de los casos ingresados, los que son seguidos hasta su egreso. Sus antecedentes conforman la base de datos nacional.
- Elabora el arsenal terapéutico del PAD y CP, con base a los Protocolos Nacionales, desde 1998.
- Realiza las respectivas evaluaciones (Jornadas Nacionales anuales) con base al monitoreo de los principales indicadores del Programa.
- Desde 1999, financia 100% el tratamiento con Radioterapia para los beneficiarios del sector.
- Ha conformado la subcomisión Nacional de Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos, con especialistas del sector.
- Se ha definido en conjunto con los especialistas el Manual *“Cómo cuidar a la persona con cáncer avanzado en el nivel primario de atención”*.
- Mantiene un Programa de capacitación continua desde el año 2000, para el equipo de salud de los centros de Salud Primaria, Servicio de Urgencia, atención Secundaria con la participación de personal de los Servicios de Orientación Médica y Estadística, (SOME).
- El año 2000 se actualiza el Protocolo de alivio del dolor y otros síntomas en los niños con cáncer avanzado. Organiza los 13 centros PAD y CP pediátricos, al interior de cada Unidad de atención oncológica infantil PINDA.
- Incluye el tratamiento farmacológico y no farmacológico de los síntomas de la enfermedad cancerosa avanzada, para todas las edades.
- Realiza en el año 2002 la evaluación y consenso nacional de cada uno de los protocolos y propone la actualización de ambas normativas.
- Sanciona la red nacional de distribución de opioides.
- El año 2004, presenta la evaluación de los 10 años de desarrollo en el sector público del país.

En abril del 2003, el PAD y CP, fue incorporado al Sistema de Acceso Universal de Garantías Explícitas, que ha permitido garantizar plazos máximos para el acceso a confirmación diagnóstica y tratamiento.

Respecto de los Objetivos Sanitarios para Chile 2000 – 2010, del Ministerio de Salud estos señalan: *Disminuir la prevalencia de dolor en los enfermos con cáncer terminal.g*

2. MAGNITUD DEL PROBLEMA

Aunque el cáncer a menudo ha sido considerado un problema que afecta principalmente al mundo desarrollado, en realidad **más de la mitad de todos los tumores malignos se producen en los países en desarrollo** (casi 5.5 millones). De los 10 millones de casos nuevos de cáncer que ocurren cada año, 4.7 millones se presentan en los países desarrollados, allí, el cáncer es la segunda causa más frecuente de muerte y los datos epidemiológicos indican una tendencia similar en los países en desarrollo.¹

El cáncer es actualmente la causa del 12.6 % del total de defunciones en el mundo. Los principales factores que contribuyen a este incremento son, la mayor proporción de personas de edad en el mundo, una disminución general de las defunciones por enfermedades transmisibles, la reducción de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en algunos países y la incidencia creciente de ciertas formas de cáncer, en particular el cáncer del pulmón resultante del consumo de tabaco.

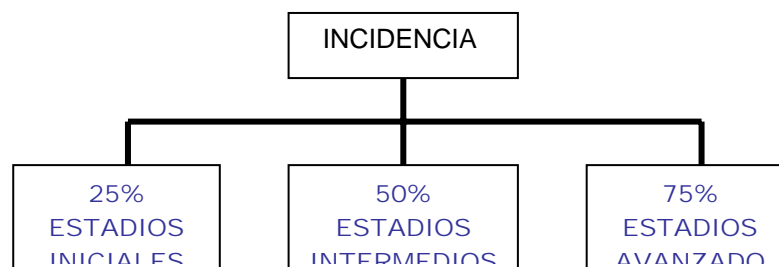
En la actualidad, hay aproximadamente 20 millones de personas vivas que sufren algún tipo de cáncer; para el año 2020 probablemente habrá más de 30 millones.²

En los países desarrollados la tasa de supervivencia general a 5 años, es casi un 50%. En los países en desarrollo esa cifra es de menos un 30%. En Latino América y el Caribe, esta cifra se estima en cerca de un 40%. En todo el mundo, la mayoría de los cánceres se diagnostican cuando ya están en etapas avanzadas e incurables (WHO, 1990b).

Para millones de personas, el acceso a los cuidados paliativos será una necesidad básica esencial.

El dolor en los enfermos de cáncer constituye un problema de salud pública a nivel mundial, afectando frecuentemente su calidad de vida. Su prevalencia e intensidad varía según el sitio de origen del tumor, el estadio de la enfermedad, la evaluación del dolor y la prescripción de analgésicos, junto a algunas variables sociodemográficas.

La Organización Mundial de la Salud, OMS, expresa que los 20 millones de personas que hoy están viviendo con cáncer de acuerdo a la incidencia del dolor por cáncer en todas las etapas de la enfermedad, **en el mundo habría 18 millones que sufren dolor por cáncer.**



1. J. Bónica, *The Management of Pain* NY. "Lea & Febiger" 1994"

La liberación del dolor por Cáncer debe ser considerada un problema de derechos humanos, afirma la Organización Mundial de la Salud (OMS,1998). Hace más de una década que la OMS lo reafirma en varias publicaciones sobre políticas y pautas para el alivio del dolor por cáncer y otros aspectos de los cuidados paliativos (OMS: 1990b,1996,1998a, 1998b).

A partir de la elaboración de las normas de la OMS en 1986³, y a través de la recomendación de la Escalera Analgésica, se ha racionalizado el uso de los fármacos mejorando su efectividad.

Varios estudios extranjeros realizados entre los años 86 y 90⁴ en grandes poblaciones de pacientes, han validado este método y permite afirmar que su utilización es capaz de aliviar el dolor por cáncer entre el 75 y el 90 % de los pacientes.

Aunque no siempre se puede eliminar por completo los síntomas o el dolor por cáncer que lo acompañan, más aún en las personas con cáncer avanzado quienes experimentan múltiples síntomas concurrentes. El uso apropiado de las terapias disponibles; farmacológicas y no farmacológicas puede aliviarlos eficazmente.

La asistencia paliativa es un enfoque que busca mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias al afrontar los problemas asociados con una enfermedad en potencia mortal, gracias a la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

Los Cuidados Paliativos pretenden:

- Controlar o al menos aliviar el dolor y otros síntomas angustiantes;
- Ayudar a las personas enfermas a que rearmen su vida junto a sus familias y consideren la muerte como un proceso normal;
- Integrar los aspectos psicológicos y espirituales, tanto como los cuidados y atenciones al enfermo;
- Ofrecer un sistema de apoyo concreto para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como puedan hasta la muerte;
- A través de un enfoque de equipo, abordar las necesidades de los pacientes y sus familias, incluida la orientación para afrontar la pérdida de un ser querido, cuando sea pertinente;
- Mejorar o al menos contribuir a mejorar la calidad de vida y también influir positivamente en el curso de la enfermedad;
- **No pretenden acelerar o aplazar la muerte;**

A nivel nacional, la atención de los pacientes con cáncer avanzado (terminal) se efectúa a través de lo establecido en las Normas Generales Técnicas N° 31 y 32, **“Programa Nacional Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos a pacientes con Cáncer terminal”**, del Ministerio de Salud, donde están contenidos los protocolos del tratamiento del dolor y control de otros síntomas.

De los datos obtenidos de la evaluación consolidada de los 28 Servicio de Salud del país durante el año 2003, encontramos que un 7% eran menores de 15 años. Su principal diagnóstico de ingreso fue Leucemia con un 61,5 %.

Distribución de las tres principales localizaciones en niños ingresados al PAD y CP, 2003

Niños	N° pacientes	%	Principal diagnóstico							
				%		%		%		%
Menores de 15 años	81	7	Leucemia	61,5	Linfoma	19,5	SNC	16	Óseos	3

Respecto del sexo femenino, entre las tres principales localizaciones, un 46,4 % corresponde a Cáncer de mama.

Distribución de las tres principales localizaciones en mujeres ingresada al PAD y CP, 2003

Mujeres	N° pacientes	%	Principal diagnóstico							
				%		%		%		%
Mayores de 15 años	5.936	52,9	Mama	46.1	Gástrico	21,5	Vesícula	18,4	Cacu	14

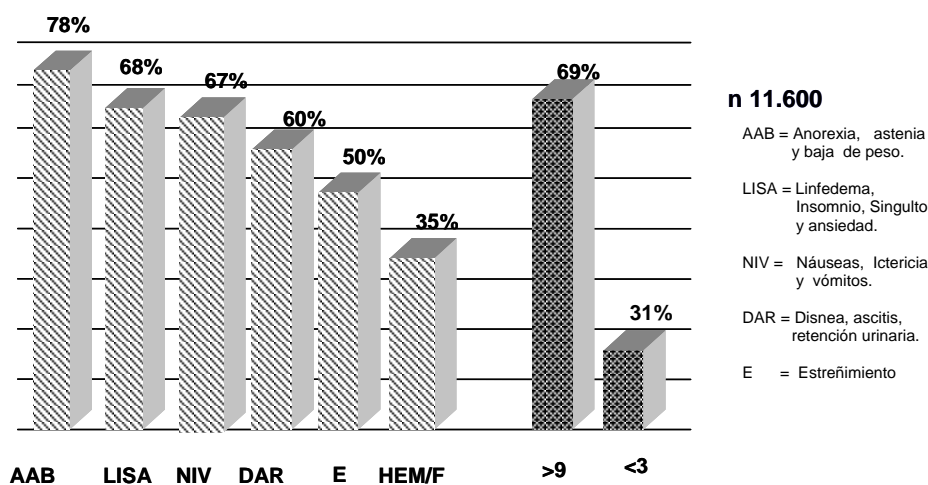
Respecto del sexo masculino, entre las tres principales localizaciones, un 53,6 % corresponde a Cáncer Gástrico.

Distribución de las tres principales localizaciones en varones ingresados al PAD y CP, 2003

Hombres	N° pacientes	%	Principal diagnóstico							
				%		%		%		%
Mayores de 15 años	5.277	47,1	Gástrico	53,6	Próstata	20,4	Pulmón	14	Colon	12

En su conjunto los enfermos atendidos (nuevos y antiguos) durante el año 2003; de ambos sexos y toda edad presentaron los síntomas molestos agrupados por importancia relativa, según se aprecia en el gráfico siguiente. El 69% de ellos presentó más de nueve síntomas concomitantes.

Prevalencia de síntomas en Pacientes con cáncer avanzado, Chile 2003



Habitualmente el reconocimiento (objetivo) de la ausencia de curabilidad de la enfermedad cancerosa, donde los tratamientos activos comienzan a dañar más que a mejorar, constituye el momento, en que los pacientes tradicionalmente son denominados "terminales", aún cuando su tiempo de sobrevida pueda extenderse a meses y años.

En tiempo promedio de sobrevida de los enfermos chilenos, atendidos en el Programa Nacional de Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos, PAD y CP el año 2003 se presenta en la tabla siguiente:

Sobrevida (en días) de 11.600 pacientes atendidos en el PAD y CP, Chile 2003.

Grandes Grupos edad	N° pacientes	%	Tiempo promedio sobrevida
Menores de 15 años	81	0.007	62 días
Entre 15 y 64 años	4.095	35.3	210 días
Mayores de 65 años	7.424	64.0	110 días
Total	11.600 ¹³¹	100.0	127 días

Generalmente se reconoce que el 5% de los pacientes afectos de enfermedad hematológica maligna presenta dolor intenso, el 55% dolor moderado y 40% leve, mientras que en otros tipos de cáncer (pulmón, próstata y mama) el porcentaje llega al 70-80% de los pacientes.^{14,15}

La relación entre Tumores sólidos y hematológicos en la serie de 11.600 pacientes

¹ Resultados VIII Jornada Evaluación Nacional PAD y CP 2003, Iquique

atendidos en el PAD y CP, el año 2003, este porcentaje es significativamente menor; tal como se aprecia en la tabla siguiente:

Tumores sólidos y hematológicos en la serie de 11.600 enfermos, 2003

Tumores Sólidos	N° pacientes	%	Tumores hematológicos	N° de pacientes	%
	11.270	97,15		330	2,84

Algunos autores han descrito dos momentos de alto estrés emocional en los pacientes diagnosticados de cáncer, el primero, en el momento de conocer el diagnóstico y el segundo en la fase terminal de la enfermedad.¹⁶

El conjunto de atenciones se desarrolla a través de la coordinación entre los tres niveles de atención en salud y mantiene desde sus inicios un conjunto de registros estandarizados para el monitoreo mensual y la evaluación anual.

Para el año 2003 hubo cerca de 36.525 casos nuevos de cáncer, de ellos, sobre el 75% (29.219 personas de todas las edades y de ambos sexos) requerirán de **control de síntomas y alivio del dolor en todas las etapas de la enfermedad.**

De esta estimación, los beneficiarios del sector público ascenderían a 21.200 (73%) nuevos enfermos de cáncer, de éstos el 64% requerirá en algún momento de Cuidados paliativos por cáncer terminal; lo que representa cerca de 13.600 (para el año 2004) personas de ambos sexos y cualquier edad. El 1,0 a un 1,5% serían menores de 15 años.

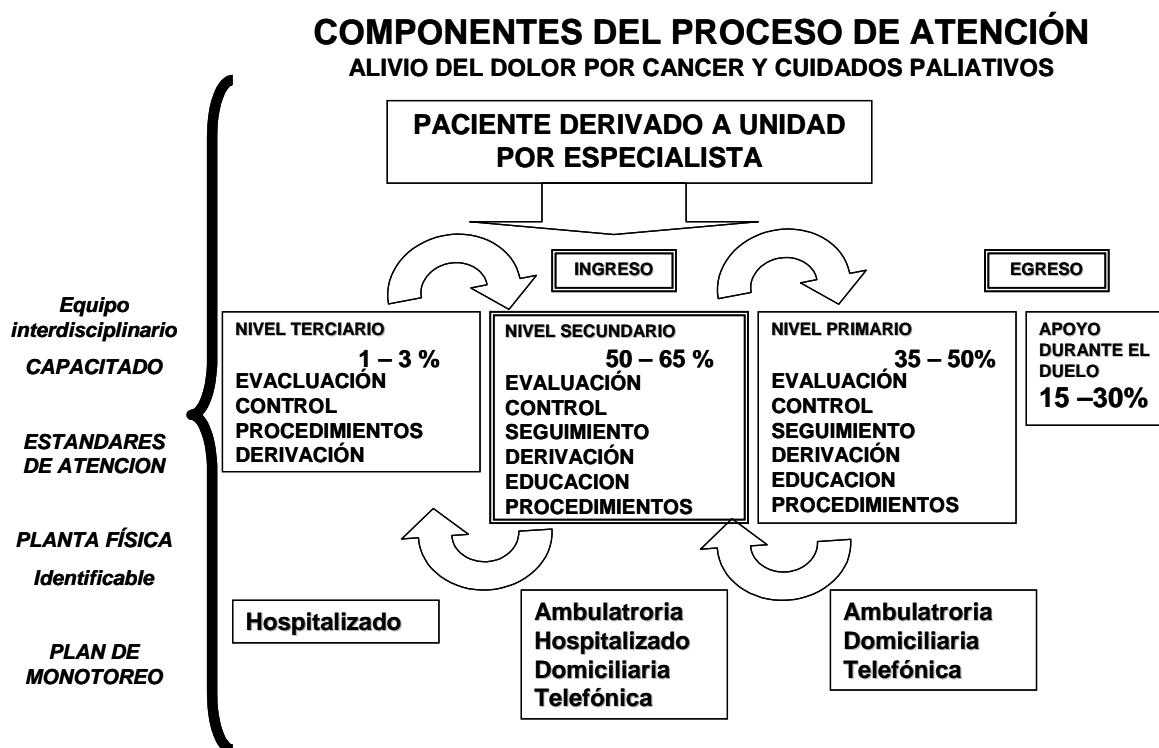
De estos 13.600 personas con cáncer avanzado, el 90 % requerirá de control de síntomas derivados de la enfermedad cancerosa avanzada y sobre el 75% de las personas requerirán de alivio del dolor por cáncer, el 80% de este dolor puede ser controlado con medidas farmacológicas y no farmacológicas sencillas y de bajo costo. Un 20% corresponde a dolor de difícil manejo. El 100% presentará efectos colaterales indeseables.

En los adultos, el rango de control del dolor fluctúa entre 70 y 80%, en los niños, este porcentaje se ubica entre 80 y 90%.

4. Objetivo de la Guía Clínica

Esta Guía clínica pretende contribuir mejorar la calidad de vida de las personas (enfermos y sus familias) con cáncer terminal (avanzado) a través de estrategias de derivación y atención oportuna, la evaluación y el tratamiento efectivo. Según corresponda, el paciente y su familia recibirán el conjunto de atenciones en uno

de los tres niveles de atención en salud. (diagrama inferior). El presente documento, servirá a través de sus recomendaciones, de orientación y guía para los equipos de salud de atención primaria, secundaria y terciaria. Para el monitoreo y evaluación en el sector público, utilizara sus registros estandarizados



5. Criterios de Inclusión de la Población Objetivo

▪ Criterios de Inclusión:

- Toda persona con cáncer en etapa avanzada o terminal.
- Derivado por especialista del nivel secundario a la Unidad de Ad y CP
- Aceptación escrita del enfermo (consentimiento informado). En situación de interdicción, por su familia.

▪ Criterios de exclusión:

- Rechazo del paciente a la terapia, explicitado en el Consentimiento Informado. En situación de interdicción del paciente, lo podrá efectuar su familia

6. RECOMENDACIONES SEGÚN NIVEL DE EVIDENCIA

Los profesionales sanitarios, enfrentados cada vez más a un trabajo en equipos multidisciplinares, con competencias en continuo desarrollo, requieren mantener su razón de ser. Esto es, otorgar una atención de salud cuyos resultados, en las personas y la organización, generen beneficios por sobre los riesgos de una determinada intervención.

Así mismo, el sistema sanitario se beneficia en su conjunto cuando además esas decisiones se realizan de acuerdo a las buenas prácticas, basadas en la mejor evidencia disponible, identificando las intervenciones más efectivas y en lo posible las más costo / efectivas (no necesariamente equivalente a lo de “menor costo”), pero una intervención poco efectiva suele ser tanto o más costosa y cuyo resultado en la calidad de vida o supervivencia de las personas es deletéreo.

(Field MJ & Lohr KN 1992) definen una Guía Clínica como un reporte desarrollado sistemáticamente para apoyar tanto las decisiones clínicas como la de los pacientes, en circunstancias específicas”. Así, éstas pueden mejorar el conocimiento de los profesionales entregando información y recomendaciones acerca de prestaciones apropiadas en todos los aspectos de la gestión de la atención de pacientes: tamizaje y prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y atención del enfermo terminal (Lohr KN 2004).

El Ministerio de Salud ha elaborado una estrategia participativa que incluyó la elaboración de revisiones sistemáticas por parte de universidades a través de un concurso público y/o revisiones sistemáticas rápidas, focalizadas en identificar evidencia de guías clínicas seleccionadas de acuerdo a criterios de la AGREE Collaboration (Appraisal of Guideline Research & Evaluation) (The AGREE Collaboration 2001).

Las recomendaciones se han analizado en su validación externa (generalización de resultados) mediante el trabajo colaborativo de un grupo de expertos provenientes de establecimientos de la red pública, sociedades científicas, comisiones nacionales, del mundo académico y sector privado.

Tablas 1: Grados de Evidencia (Eccles M, Freemantle N, & Mason J 2001)

Grados Evidencia	Tipo de Diseño de investigación
Ia	Evidencia obtenida de un meta-análisis de estudios randomizados controlados
Ib	Evidencia obtenida de al menos un estudio randomizado controlado
IIa	Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado no randomizado
Iib	Evidencia obtenida de al menos un estudio cuasi-experimental
III	Evidencia obtenida de estudios descriptivos, no experimentales, tales como estudios comparativos, estudios de correlación y casos - controles
IV	Evidencia obtenida de expertos, reportes de comités, u opinión y/o experiencia clínica de autoridades reconocidas.

Niveles de Recomendación de la Guía Clínica

GRADO	FORTALEZA DE LAS RECOMENDACIONES
A	Directamente basada en categoría I de evidencia
B	Directamente basada en categoría II de evidencia
C	Directamente basada en categoría III de evidencia, o extrapoladas de las categorías I y II
D	Directamente basada en categoría IV de evidencia, o extrapoladas de las categorías I y II o III

FASES DE REVISIÓN SISTEMÁTICA PARA LA ELABORACIÓN DE GUÍA CLÍNICA DE CUIDADOS PALIATIVOS

1. Elaboración de Preguntas específicas (Paciente / Problema / Población-Intervención-Comparación- Out comes)
2. Fuentes de datos secundarias:
 - 2.1 Agency for Health Research & Quality (AHRQ), NIH USA: www.guideline.gov
 - 2.2 Centre for Evidence Based Medicine, Oxford University (U.K.), <http://cebm.jr2.ox.ac.uk>
 - 2.3 National Coordination Centre for Health Technology Assessment (U.K.), <http://www.nchta.org/main.htm>
 - 2.4 National Health and Medical Research Council (Australia), <http://www.nhmrc.health.gov.au/index.htm>
 - 2.5 New Zealand Guidelines Group (New Zealand), <http://www.nzgg.org.nz/>; and
 - 2.6 National Health Service (NHS) Centre for Reviews and Dissemination (U.K.), <http://www.york.ac.uk/inst/crd/>;
 - 2.7 Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (U.K.), <http://www.sign.ac.uk/>;
 - 2.8 The Cochrane Collaboration (international), <http://www.cochrane.org/>
3. Periodo: a la fecha
4. Criterios de Inclusión:
5. Instrumento de evaluación: (The AGREE Collaboration 2001)

Resumen de Recomendaciones en Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos

1. Los Pacientes deben recibir información a cerca del manejo del dolor y ser incentivados para tomar un rol activo (Recoemndación A)
2. Debe seguirse las recoemndaciones de analgesia creciente según la OMS, de acuerdo a la intensidad del dolor manifiesta por el paciente y evaluada por tablas estandarizadas (Recoemndación A)
3. Todos los pacientes don dolor moderado a severo deben recibir un tratamiento de opioides Recomendación B)
4. La analgesia para un dolor contínuo debe ser dada en forma regular y no “según necesidad” Recoemndación B)
5. La educación contínua en manejo de dolor debiera estar disponible para todos los profesionales de salud a cargo de pacientes con cáncer. Recoemndación B)
6. Evaluación: primero debe evaluarse el tipo y severidad del dolor Recoemndación B)
7. El/la paciente debe ser su principal evaluador(a) Recomendación B)
8. Para un efectivo control del dolor físico, debe considerarse todas las dimensiones del dolor: funcional, psicosocial, y espiritual debe
8. Debe emplearse herramientas muy simples para evaluar el dolor. (Recomendación B)
9. El dolor agudo severo debe manejarse como una urgencia médica y el paciente debe ser evaluado lo antes posible. /Recomendación C)
10. Sin embargo la evaluación psicologica y social de pacientes debiera ser realizada. Esto debiera incluir la evaluación de ansiedad y depresión

7. Actividades recomendadas al ingreso a la Unidad de Cuidados paliativos en cáncer terminal.

PRIMERA CONSULTA

1. **Historia personal** detallada (de los síntomas, del dolor y del cáncer), indispensable en evaluación inicial.
2. **Examen físico.**
3. Evaluación **psicosocial** (del paciente y su familia).
4. Evaluación de los **síndromes dolorosos** comunes por cáncer.
5. **Características del dolor:** localización, irradiación, frecuencia, duración e intervalos, calidad, severidad, factores que lo agravan, factores de alivio, consecuencias en actividad, reposo, sueño, humor, relaciones interpersonales y terapia analgésica previa.
6. Aplicación de las **pautas de evaluación según edad para los síntomas, incluido el dolor.**

Escalas de Evaluación del Dolor y otros síntomas según edad.

EDAD	TIPO DE ESCALA	NOMBRE
0 - 3	Comportamiento	FLACC
3 - 5	Auto evaluación	FLACC
5 - 13	Auto evaluación	Escala Facial
> 13	Auto evaluación	Escala Visual Análoga, EVA

ESCALA DE FLACC

CATEGORIA		0	1	2
FACE (F)	Expresión facial	Normal	Muecas	Afligida
LEGS (L)	Piernas	Relajadas	Móviles	Flexión
ACTIVITY (A)	Actividad	Normal	Movimiento permanente	Quieto
CRY (C)	Llanto	Sin Llanto	Gemidos	Llanto
CONSOLABILITY (C)	Consolabilidad	No requiere	Distraíble	No consolable

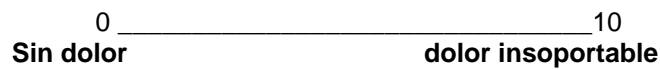
PUNTUACION	CONCEPTO
0	Muy Feliz, sin dolor
1 - 2	Duele sólo un poco
3 - 4	Duele un poco más
5 - 6	Duele aún más
7 - 8	Duele bastante
9 - 10	Duele tanto como puedas imaginar



0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

PUNTAJE	CONCEPTO
0	Muy Feliz, sin dolor
1 - 2	Duele sólo un poco
3 - 4	Duele un poco más
5 - 6	Duele aún más
7 - 8	Duele bastante
9 - 10	Duele tanto como puedas imaginar

ESCALA VISUAL ANALOGA, EVA



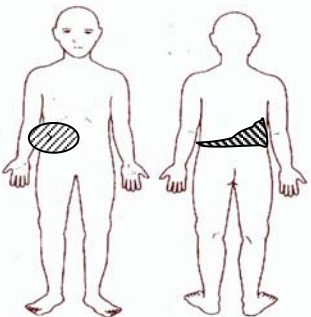
Preguntas claves respecto del dolor y otros síntomas

- 1.- Dolor = Ubicación e irradiación, identificación del síntoma
- 2.- Tipo de dolor: somático, visceral, Neuropático, mixto.
- 3.- Carácter del síntoma, agudo, episódico.
- 4.- Intensidad
- 5.- Comienzo y evolución
- 6.- Factores que lo modifican (lo alivian o agravan)
- 7.- Actitud del enfermo
- 8.- Actitud de la familia
- 9.- Tratamiento previo

7. Educación para el auto-cuidado al paciente y su familia.

8. **Registro** en la ficha clínica del paciente.

Siempre al momento del ingreso y traslado del enfermo a otro nivel de atención debe explicitarse la **evaluación según EVA de los síntomas incluido el dolor.**

Fecha dd/mm/aa	N° biopsia que comprueba el cáncer	Ps Peso (k)	Pulso Pr Art	Respiración	Derivado desde		
EVA ingreso	Características del dolor	Marque en el esquema corporal el sitio de localización del dolor con una X		Achure en el esquema corporal el sitio de irradiación del dolor			
Esquema corporal 		Frecuencia en 24 horas		1 vez	2 a 4	5 y más	
		Duración en horas		pocos minutos	1 hora	< de 1 hora	
		El dolor impide la actividad diaria		nada	Regular	Mucho	
		El dolor impide el reposo		nada	Regular	Mucho	
		El dolor impide el sueño		nada	Regular	Mucho	
		El dolor cambia su humor		nada	Regular	Mucho	
		El dolor altera su relación familiar		nada	Regular	Mucho	
		El dolor altera su relación con los demás		nada	Regular	Mucho	
		Factores que aumentan su dolor					
		¿Ha recibido tratamiento para el dolor? ¿Cuál? ¿En qué dosis?					
Tipo de síntomas y EVA		Náusea <input type="checkbox"/>	Vómito <input type="checkbox"/>	Prurito <input type="checkbox"/>	Somnolencia <input type="checkbox"/>	Insomnio <input type="checkbox"/>	
		Sequedad de Mucosas <input type="checkbox"/>	Fatiga <input type="checkbox"/>	Estreñimiento <input type="checkbox"/>	Anorexia <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Depresión Respiratoria <input type="checkbox"/>					

- **Si trae indicaciones de tratamiento farmacológico**, para el control del dolor y otros síntomas, el paciente puede ser evaluado por la enfermera. Si el resultado de la evaluación corresponde a paciente con molestias controladas, puede continuar con el mismo tratamiento. Si por el contrario, la evaluación indica que los síntomas no están controlados deberá ser controlado por el médico ese mismo día.
- **Si no trae indicaciones de tratamiento farmacológico**, el paciente debe ser evaluado por el médico quién prescribirá el tratamiento farmacológico para el control del dolor y otros síntomas.

La **evaluación inicial, de control y de seguimiento**, permite:

- La formulación del diagnóstico, y el planteamiento de los objetivos del tratamiento.
- La selección de la intervención terapéutica apropiada a cada paciente en particular.
- La monitorización continua y la evaluación de la eficacia y eficiencia de la intervención utilizada.

Todos, el paciente con su familiar o cuidador, deben recibir **educación para el auto-cuidado**.

El paciente y sus familiares serán informados sobre la mantención de un registro personal diario del control de sus molestias (auto-monitoreo) y de la posibilidad de comunicarse telefónicamente a la unidad.

Esta comunicación deberá efectuarse a las 24 horas de iniciado el tratamiento, para controlar el nivel de alivio alcanzado.

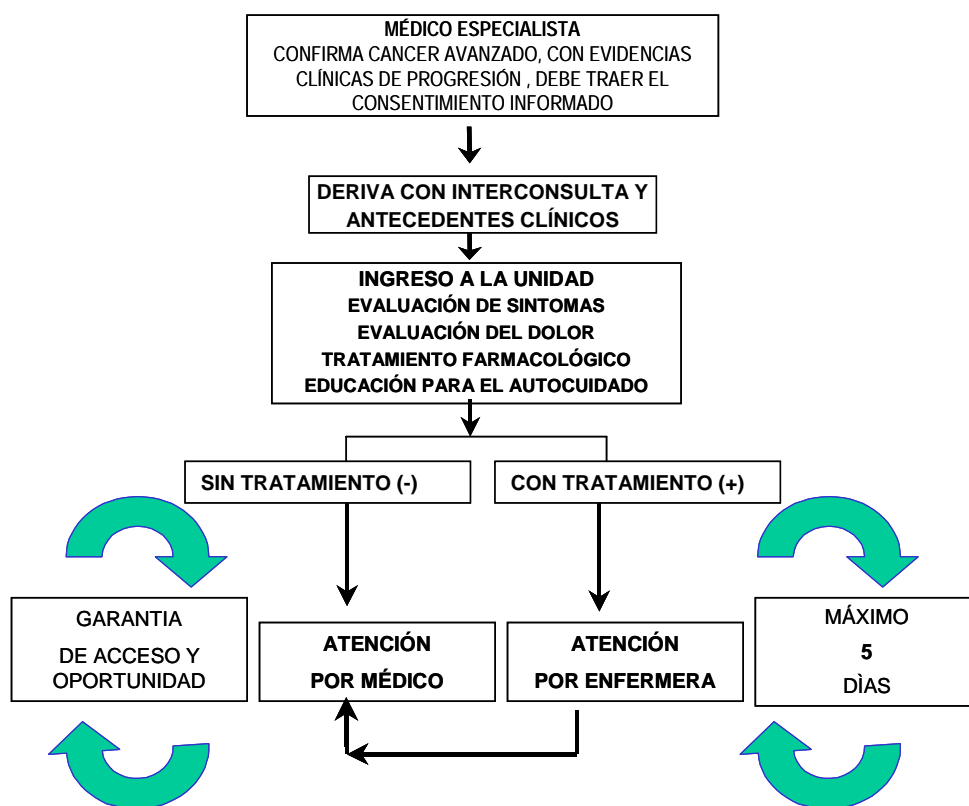
Dependiendo de la información telefónica o del reporte diario de los familiares, se citará para 7 a 10 días a control médico.

SEGUNDA CONSULTA

Será efectuada **siempre por el médico**, quién reevaluará al paciente y de acuerdo al grado de control del dolor y de los síntomas molestos lo calificará de:

a) **Estable** (control del dolor y síntomas molestos): con indicación de derivación al nivel Primario de atención.

b) **Inestable** con indicación de permanecer en este nivel de atención.



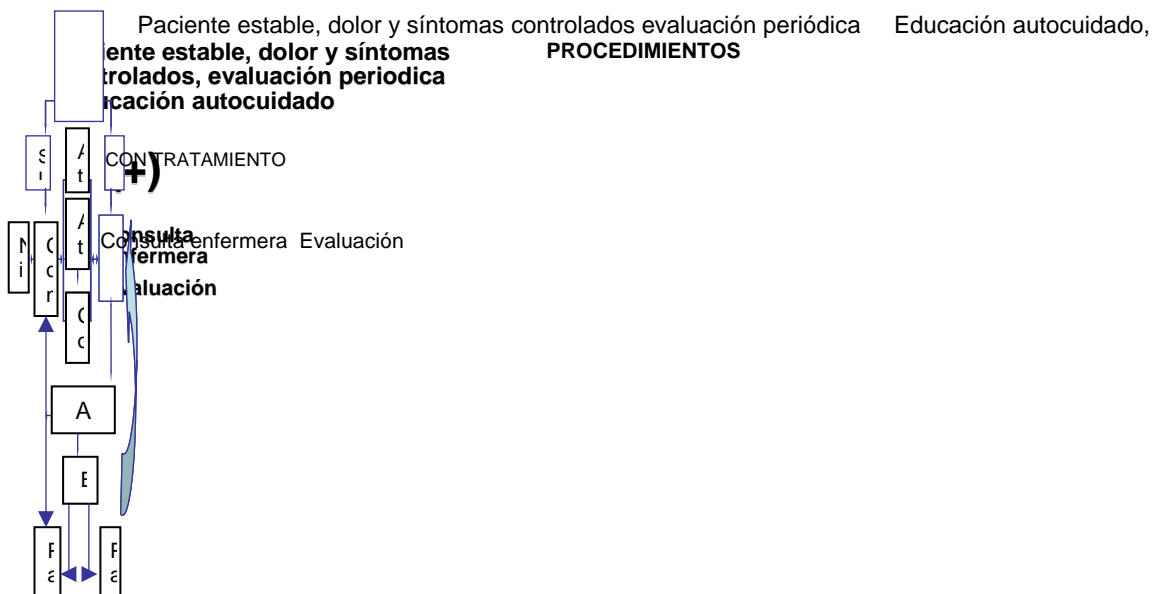
Los fármacos o medicamentos son la base del tratamiento de todos los síntomas, particularmente del dolor

AINEs	Coadyuvantes	Opioides
Insumos		

8. Actividades recomendadas para el traslado del enfermo al nivel primario de atención.

- En el nivel primario de atención se realizan las actividades de :
Control, examen clínico ambulatorio
Control, examen clínico en domicilio
 - Con Evaluación,
 - Tratamiento farmacológico y no farmacológico,
 - Procedimientos
 - Educación para el autocuidado
 - Seguimiento,
 - Derivación y contraderivación.
- En este nivel se recibe al paciente en **condición estable**, esto significa que tiene controlado su dolor y también todos los síntomas molestos.
- El traslado del paciente debe ser informado al establecimiento de referencia por diferentes vías (fax-teléfono-correo electrónico)
- El consultorio de atención debe corresponder al más cercano al domicilio del paciente.
- La atención puede efectuarse en forma ambulatoria o en domicilio, si el paciente se encuentra en condición postrada.

ALGORITMO DE ATENCIÓN PRIMARIA



La atención del paciente **en el consultorio deberá ocurrir en no más de 5 días**. Si se trata de paciente postrado, se deberá completar una lista de cotejo sobre las condiciones del hogar. Esta tarea debe ejecutarla el nivel primario, conocida las

circunstancias del hogar se procederá al traslado del paciente al hogar. La familia actuará como nexo y será ella quién concurra al consultorio.

De acuerdo a nuestros actuales resultados⁵, hasta un 50% de los pacientes ingresados al Programa, son derivados al Nivel Primario de Atención; este porcentaje varía entre regiones.

La actividad fundamental es la evaluación del dolor y otros síntomas, el control farmacológico de los síntomas en especial el dolor y la educación para el autocuidado al paciente y su familiar o cuidador.

Especial énfasis en este nivel, es el desarrollo y consolidación de la red de apoyo social y espiritual, para que actúen solidariamente en el apoyo de la familia y del enfermo.

Si, durante el curso de los controles efectuados en este nivel, el paciente recibe la evaluación de ***inestable en más de dos controles, deberá ser derivado al nivel secundario*** para su estabilización. Si el paciente en esta situación está postrado en domicilio, la familia actuará como nexo y será ella quién concurra al nivel secundario.

9. Actividades recomendadas para el traslado del enfermo al nivel secundario de atención.

En este nivel de atención permanecen los **pacientes inestables** sea en forma ambulatoria o bien postrados en domicilio. Según los resultados de la última evaluación del Programa Nacional (año 2002), entre el 55 al 75 % de los pacientes se ubican en este nivel.

El paciente es evaluado en forma continua por el médico, quién puede indicar el uso de tratamiento de segunda línea o bien rotación de opioides. Las actividades básicas de este nivel corresponden a:

- Historia Clínica
- Examen Físico
- Hospitalización transitoria, para la ejecución de procedimientos : transfusión sanguínea, curaciones, hidrataciones, instalación y cambio de sondas.
- Exámenes de laboratorio
- Imágenes
- Consulta enfermera y otros profesionales muy en particular del psicólogo
- Educación para el autocuidado y
- Seguimiento.

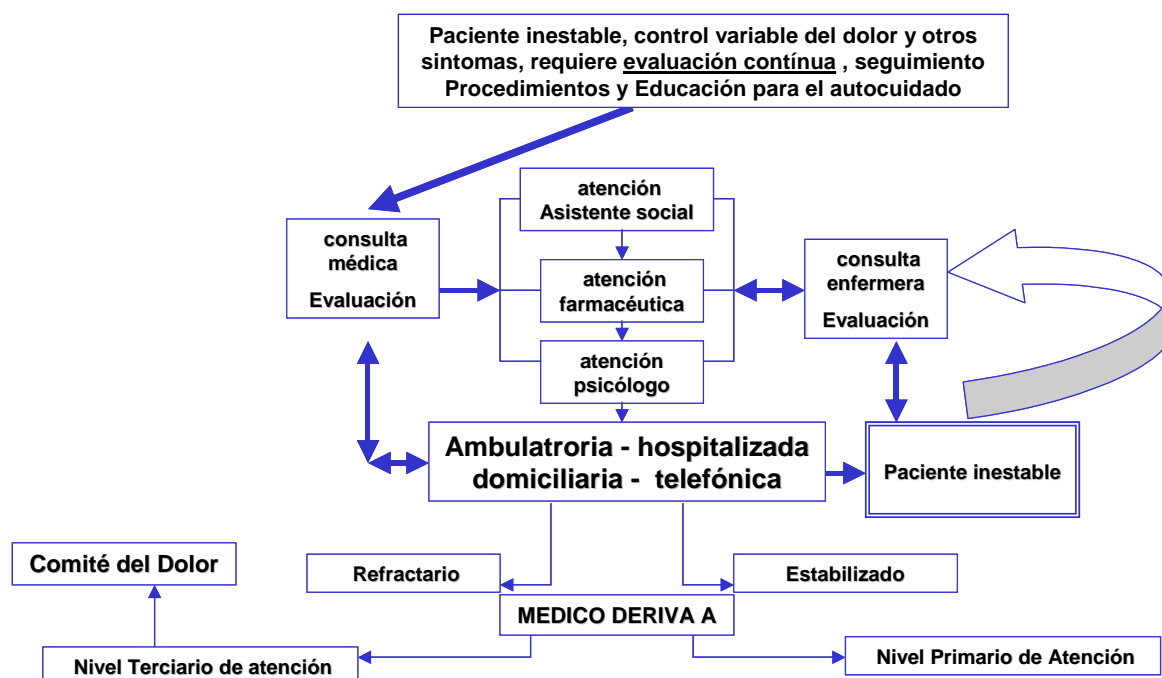
Puede ser necesario la ejecución de cuidados domiciliarios por los profesionales de este nivel de atención, cuando estos sobrepasan el nivel de competencia de los profesionales del nivel primario de atención.

⁵ VIII Jornada Nacional de Evaluación Programa Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos, 2003

Es probable que dada la evaluación de los síntomas y el dolor, sea necesario ajustar el esquema terapéutico, cambiar la vía de administración, enfatizar el control psicosocial. En este continuo el paciente puede estabilizarse, lo que ocurre entre el 67% al 70% del total de personas inestables (75 %), en cuyo caso es derivado nuevamente al nivel primario de atención.

De no ser así, entre un 1 a un 3% de los enfermos, serán calificados como **refractario** al tratamiento habitual (múltiples síntomas y el dolor), contenidos en los protocolos oficiales y deberá solicitar mediante una interconsulta y además por vía teléfono, fax o correo electrónico, comunicación con el Nivel Terciario de Atención, para presentar al paciente al **Comité del Dolor**.

ALGORITMO NIVEL SECUNDARIO



10. Actividades recomendadas para el traslado del enfermo al nivel terciario de atención.

- Junta médica – Comité
- Historia Clínica
- Examen Físico
- Procedimientos
- Exámenes de Laboratorio
- Exámenes Imagenológicos
- Procedimiento complejo (instalación de catéter, alcoholización, neurolisis)
- Rotación de Opioides
- Radioterapia Paliativa

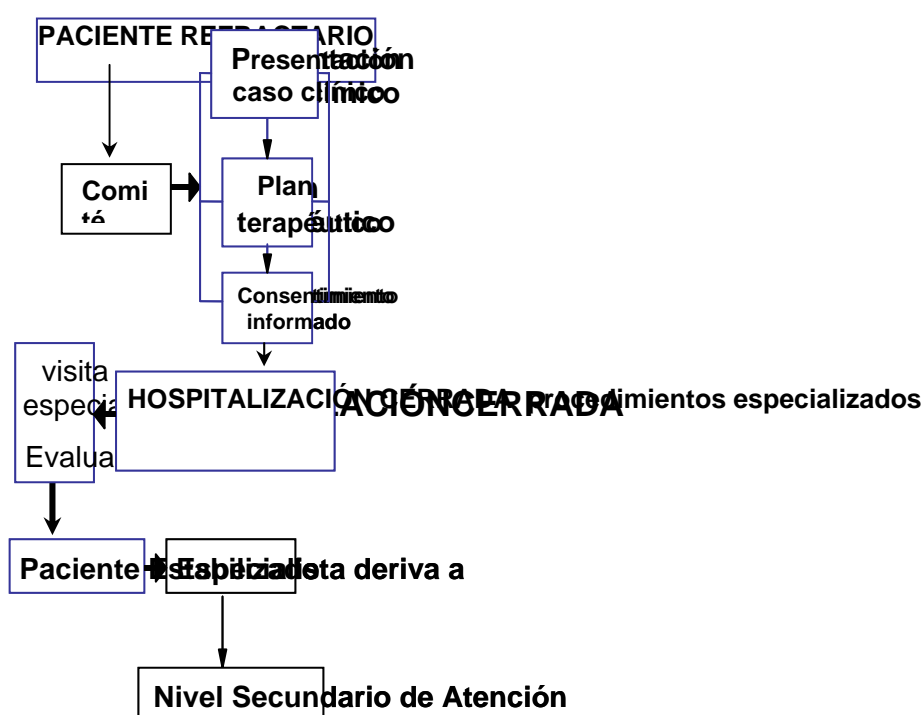
- Hospitalización cerrada

La derivación del paciente con dolor refractario, al nivel terciario de atención, deberá ocurrir en no más de 72 horas.

El especialista de la unidad de alivio del dolor por cáncer y cuidados paliativos, presentará al comité del dolor, el caso clínico y en conjunto con los especialistas de este nivel se decidirá el plan terapéutico.

Todas las actividades contempladas en este nivel poseen indicadores centinelas de proceso y son monitorizadas mensualmente por el Programa Nacional de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos.

ALGORIMO NIVEL TERCIARIO



Lo habitual es que el paciente requiera de hospitalización cerrada durante algunos días en cama integral de Medicina, Cirugía o especialidades. Será evaluado diariamente por el médico de este nivel de atención. Pudiera ser necesario la ejecución de exámenes de laboratorio e imágenes; además del **procedimiento complejo** que corresponde a la actividad básica de éste nivel. Una vez estabilizado el paciente será referido al nivel secundario de origen.

Todas las actividades contempladas en los tres niveles de atención, poseen indicadores centinelas de proceso y son monitorizadas mensualmente por el programa nacional de alivio del dolor y cuidados paliativos.

11.- CRITERIOS DE EGRESO DEL PROTOCOLO

- Fallecimiento
- Rechazo definitivo del tratamiento por el paciente y familia.
- Solicitud de traslado al extrasistema por el paciente y familia.
- Abandono del tratamiento por el paciente y familia.
- Inasistencia o falta de adhesividad al tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Global Action Against Cancer. 2003, OPS/OMS.
2. World Health Organization: Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee, OMS, Ginebra.
3. World Health Organization. Cancer Pain Release 1990; 4(2- 3): 1.
4. Stjernsward J. World Health Organization Pain Relief Program. *Cancer Surv* 1988; 7 (1): 196:208.
5. Norma General Técnica N° 32, Alivio del Dolor Por Cáncer y Cuidados Paliativos, Ministerio de Salud. 1999.
6. Foley KM. The treatment of cancer pain. *N. England J. Medicine.* 1985;313,84:95.
7. Twycross R. Care of the patient with advanced cancer. Oxford: Sobell House Study Center, 1990.
8. World Health Organization. Cancer Pain Relief and Palliative Care. WHO Tech Rep Ser 1990, 15:17.
9. Sanz OJ, Gómez Batiste AX, Gómez SM, Núñez OJ. Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Madrid: Guías y Manuales, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
10. Gómez-Batiste, X.; Planas Domingo, J.; Roca Casas, J.; Viladiu Quemada, P. Cuidados Paliativos en Oncología. Ed. JIMS, ISBN:84-7092-426-5. 1.996. Pág.1 -
11. Serrano F, Avellana JA, Barrero C, Mareque M, Gómez M, Pérez A. Control de síntomas en pacientes neoplásicos terminales atendidos por una unidad geriátrica de ayuda a domicilio. *Medicina Paliativa* 1999. (6)3,99:103.
12. Doyle D. Care of the dying. En: Brocklehurst J.C., Tallis R.C., Fillit H.M. *Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*. Ed. Churchill Livingstone. 1992.1055:1061.
13. Resultados VIII Jornada Evaluación Nacional PAD y CP 2003.
14. Technical report series: Cancer pain relief and palliative care. Geneva: WHO, 1990.
15. Aguilar JL, Espachs P, Roca G, Samper D, Cubells C, Vidal F. Difficult management of pain following sacrococcygeal chordoma: 13 months of subarachnoid infusion. *Pain* 1994; 59: 317-320. in the home. *Pain Clinical Updates* 1997; V(1): 1-4.
16. McDonald W. The interface between oncology and palliative medicine. En: Doyle D, Hanks GWC, Mc-Donald N. *Oxford textbook of palliative medicine*. Oxford: Oxford University Press; 1998. 11:17.
17. Bejarano, Pedro F. De Jaramillo, Isa. Morir con Dignidad. Fundamentos del Cuidado Paliativo. Atención Interdisciplinaria del Paciente Terminal. Fundación Omega, Bogotá, 1992.
18. U.S. Department of Health Research and Human Services. Agency for health care Policy and Manegement of Cancer Pain, N° 9, 1:29 , AHCPR Publication N° 94:0593 Marzo, 1994.
19. Protocolo Alivio del dolor y Cuidados paliativos para el niño con cáncer, Ministerio de Salud, 2005.
20. Norma Cuidados de Enfermería para el Niño con Cáncer, Ministerio de Salud 2005, Capítulo XV, 90:106.
21. Norma General Técnica N°31 Norma de Enfermería Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos, Ministerio de Salud, 1998.
22. Weiss SC, Emanuel LL, Fairclough DL, et al.: Understanding the experience of pain in terminally ill patients. *Lancet* 357 (9265): 1311-5, 2001
23. Meuser T, Pietruck C, Radbruch L, et al.: Symptoms during cancer pain treatment following WHO-guidelines: a longitudinal follow-up study of symptom prevalence, severity and etiology. *Pain* 93 (3): 247-57, 2001.

24. Miaskowski C, Dodd MJ, West C, et al.: Lack of adherence with the analgesic regimen: a significant barrier to effective cancer pain management. *J Clin Oncol* 19 (23): 4275-9, 2001
25. Chung JW, Wong TK, Yang JC: The lens model: assessment of cancer pain in a Chinese context. *Cancer Nurs* 23 (6): 454-61, 2000
26. Cleeland CS, Nakamura Y, Mendoza TR, et al.: Dimensions of the impact of cancer pain in a four country sample: new information from multidimensional scaling. *Pain* 67 (2-3): 267-73, 1996.
27. Greenwald HP: Interethnic differences in pain perception. *Pain* 44 (2): 157-63, 1991
28. Bates MS, Edwards WT, Anderson KO: Ethnocultural influences on variation in chronic pain perception. *Pain* 52 (1): 101-12, 1993
29. Mercadante S, Portenoy RK: Opioid poorly-responsive cancer pain. Part 1: clinical considerations. *J Pain Symptom Manage* 21 (2): 144-50, 2001
30. Mercadante S, Radbruch L, Caraceni A, et al.: The Steering Committee of the European Association for Palliative Care (EAPC) Research Network: Episodic (breakthrough) pain: consensus conference of an expert working group of the European Association for Palliative Care. *Cancer* 94 (3): 832-9, 2002.
31. Passik SD, Kirsh KL, McDonald MV, et al.: A pilot survey of aberrant drug-taking attitudes and behaviors in samples of cancer and AIDS patients. *J Pain Symptom Manage* 19 (4): 274-86, 2000.
32. Kaplan R, Slywka J, Slagle S, et al.: A titrated morphine analgesic regimen comparing substance users and non-users with AIDS-related pain. *J Pain Symptom Manage* 19 (4): 265-73, 2000.
33. World Health Organization: *Cancer Pain Relief*. 2nd ed., Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1996.
34. Caraceni A, Gorni G, Zecca E, et al.: More on the use of nonsteroidal anti-inflammatories in the management of cancer pain. *J Pain Symptom Manage* 21 (2): 89-91, 2001.
35. Jenkins CA, Bruera E: Nonsteroidal anti-inflammatory drugs as adjuvant analgesics in cancer patients. *Palliat Med* 13 (3): 183-96, 1999.
36. Hanks GW, Conno F, Cherny N, et al.: Expert Working Group of the Research Network of the European Association for Palliative Care: Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations. *Br J Cancer* 84 (5): 587-93, 2001.
37. Cherny N, Ripamonti C, Pereira J, et al.: Expert Working Group of the European Association of hydromorphone. *J Pain Symptom Manage* 10 (4): 315-7, 1995.
38. Manfredi PL, Borsook D, Chandler SW, et al.: Intravenous methadone for cancer pain unrelieved by morphine and hydromorphone: clinical observations. *Pain* 70 (1): 99-101, 1997.
39. Bruera E, Watanabe S, Fainsinger RL, et al.: Custom-made capsules and suppositories of methadone for patients on high-dose opioids for cancer pain. *Pain* 62 (2): 141-6, 1995.
40. Bruera E, Pereira J, Watanabe S, et al.: Opioid rotation in patients with cancer pain. A retrospective comparison of dose ratios between methadone, hydromorphone, and morphine. *Cancer* 78 (4): 852-7, 1996.
41. Berenson JR, Rosen LS, Howell A, et al.: Zoledronic acid reduces skeletal-related events in patients with osteolytic metastases. *Cancer* 91 (7): 1191-200, 2001.
42. McCaffery M, Beebe A: *Pain: Clinical Manual for Nursing Practice*. St. Louis, Mo: CV Mosby co, 1989.

ANEXO:

**ANEXO 1: UNIDADES DE ALIVIO DEL DOLOR POR CÁNCER Y
CUIDADOS PALIATIVOS**

ANEXO 2: RED ASISTENCIAL
**ANEXO 3: DISEÑO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO,
UNIVERSIDAD DE NAVARRA**

UNIDAD DE ALIVIO DEL DOLOR POR CANCER Y CUIDADOS PALIATIVOS.

Las 41 Unidades de AD y CP, ubican en los establecimientos de mayor complejidad ambulatoria, (nivel secundario) habitualmente en los CAE, PAE, CDT, CRS. Las unidades AD y CP infantil, funcionan al interior de la Unidad de oncología infantil PINDA. Las unidades tanto de niños, como de adultos comprenden atención ambulatoria y de hospitalización cerrada.

A éste nivel (atención secundaria) ocurre el ingreso de los enfermos con cáncer avanzado derivados por los especialistas.

Los niños con cáncer avanzado habitualmente permanecen hospitalizados en esta etapa, sea en el establecimiento terciario, en el hospital regional o bien en sus domicilios.

Cada unidad debe disponer de un **equipo interdisciplinario capacitado**: médico (general, anestesista, internista, de medicina familiar, oncólogo médico, cirujano, radioterapeuta enfermera, químico farmacéutico, técnico paramédico de enfermería, psicólogo, A. Social, nutricionista, entre otros. Con capacidad para acoger, evaluar, tratar, acompañar y consolar a los enfermos y a sus familias. La participación de farmacia, es fundamental para garantizar la disponibilidad de analgésicos e insumos prioritarios en la oportunidad necesaria en toda la red asistencial. **Recomendación C.**

Debe tener acceso a banco de sangre, laboratorio clínico, imágenes.

Cada unidad dispone de un área de consultas para la atención ambulatoria, otra para la ejecución de procedimientos y también para la actividad educativa. Tiene la capacidad para realizar hospitalización transitoria a través de bergeres reclinables (el 47 % puede requerir en forma intermitente, de promedio 10 días de cama observación). Dispone de equipamiento para asistir en **situaciones de emergencia** como síndrome de vena cava superior, compresión medular, sangramiento profuso, crisis de disnea y otros. **Recomendación C.**

La habilitación de sala de espera, servicios higiénicos y pasillos que faciliten el transito de personas con discapacidad, sea con bastones, sillas de ruedas o camillas. Los medios de comunicación como teléfono, fax y PC, facilitan la coordinación intra y extra establecimiento. El traslado de los enfermos entre niveles de atención debe ser expedita e informada. **Recomendación C.**

El 50 % de las personas requerirá derivación al nivel primario de Atención.

Un porcentaje de pacientes (3%) requerirá de hospitalización cerrada para la ejecución de procedimientos analgésicos o invasivos en los enfermos con síntomas refractarios. Este grupo debe ser evaluado en Comité de Cuidados Paliativos. **Recomendación C.**
de atención domiciliaria.

RED DE CENTROS PROGRAMA NACIONAL ALIVIO DEL DOLOR POR CANCER Y CUIDADOS PALIATIVOS

