

Hospital Provincial Docente de Oncología  
“María Curie”  
Camagüey

# **LA ONCOLOGÍA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

**DR. MARIO V. MENDOZA DEL PINO**

Camagüey 2005

**DEDICATORIA:**

**“Para aquellos que con su acción contribuyen a la lucha  
contra el cáncer y al alivio del sufrimiento humano”.**

## AUTOR:

Dr. Mario V. Mendoza del Pino.

- \* Especialista de Segundo Grado en Oncología.  
Hospital Provincial Docente de Oncología  
"María Curie". Camagüey.
- \* Jefe del Grupo Provincial de Oncología. Camagüey.
- \* Profesor Auxiliar. Instituto Superior de Ciencias Médicas. Camagüey.
- \* Miembro del Consejo Científico provincial de la Salud. Camagüey.
- \* Miembro Fundador de la Sociedad Cubana de Oncología, Radioterapia y Medicina Nuclear.
- \* Secretario del Consejo Provincial de Sociedades Científicas de Camagüey.

## **COLABORADORES:**

### **Lic. Yanet Abadal Hernández**

Psicóloga de la Salud.

Hospital Provincial de Oncología “María Curie” Camagüey.

Instructora de la Universidad de Camagüey.

### **Dr. Juan Carlos Arraz Pozo.**

Especialista de Primer Grado en pediatría.

Hospital Pediátrico Provincial “Eduardo Agramonte Piña”. Camagüey.

### **Lic. Maritza Borrero Cruz**

Enfermera

Policlínico Docente “Julio Antonio Mella”. Camagüey.

### **Dr. Jorge Cardoso Hernández.**

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Especialista de Primer Grado en Oncología.

Hospital Provincial Docente de Oncología “María Curie”. Camagüey.

### **Ing. Freddy Caballería Pérez**

Químico. Especialista “A” en Higiene del Trabajo.

Centro Provincial de Higiene y Epidemiología de Camagüey.

### **Ing. José Mayo Infante**

Químico. Jefe del Departamento de Química Sanitaria y Toxicología.

Centro Provincial de Higiene y Epidemiología de Camagüey.

### **Lic. Ileana de Miranda Vázquez.**

Especialista de Biología.

Especialista de Educación para la Salud.

Máster en Tecnología Educativa.

Centro Provincial de Promoción y Educación para la Salud. Camagüey.

### **Dr. Manuel Oliva Palomino**

Especialista de Segundo Grado en Pediatría.

Hospital Pediátrico Provincial “Eduardo Agramonte Piña”. Camagüey.

Profesor Titular del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Camagüey.

Profesor Consultante del Hospital Pediátrico “Eduardo Agramonte Piña”. Camagüey.

**Dr. Enrique Rodríguez Martínez.**

Especialista de Primer Grado en Oncología

Instructor del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Camagüey.

Radioterapeuta. Hospital provincial Docente de Oncología "María Curie". Camagüey.

**Lic. Margarita Scull Bernal.**

Enfermera

Jefa del Departamento de Enfermería.

Hospital Provincial Docente de Oncología "María Curie". Camaguey.

**Lic. Daysi Varona López.**

Psicóloga de la Salud.

Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Manuel Ascunce Domenech". Camagüey.

Instructora de la Universidad de Camagüey.

**Dr. Idania Vela Valencia**

Especialista de Segundo Grado en Oncología

Jefa del Servicio de Medicina Oncológica.

Hospital Provincial Docente de Oncología "María Curie". Camagüey.

## PRESENTACIÓN

El Libro que tengo la satisfacción de presentar “**La Oncología en la Atención Primaria de Salud**” del Profesor y amigo Dr. Mario Mendoza del Pino y colaboradores, constituye un importante aporte para la prevención y atención del cáncer, desde una valoración muy integral.

Se trata de una enfermedad que constituye la segunda causa de muerte en nuestro país, que tanto dolor y sufrimiento representa para el paciente y sus familiares. El libro tiene un enfoque muy útil para el Equipo Básico de Salud, ya que enfatiza que el cáncer puede prevenirse si logramos en la población cambios en el estilo de vida y si se valora al hombre integralmente en sus aspectos físicos, psicológico, ecológico y social, y se presta atención a los factores internos y externos que están presente en el proceso salud- enfermedad.

En el libro se valora la alimentación no correcta como la responsable de la tercera parte de todos los cánceres. Actualmente se conoce que el consumo diario de frutas y vegetales frescos reducen el riesgo de la mayor parte de todos los tipos de esta enfermedad, aspecto este relacionado con la aparición de radicales libres del oxígeno, que como se sabe pueden interactuar con el ADN celular ocasionando mutaciones que pueden originar cáncer.

Actualmente se desarrollan importantes investigaciones en relación con la psiconeuroinmuno-endocrinología, que está estudiando la asociación entre factores psicológicos y el desarrollo del cáncer valorando que el estrés mantenido y la depresión disminuye la actividad antitumoral del sistema inmunológico; de ahí que se hayan efectuado programas con resultados alentadores donde el tratamiento del cáncer se ha unido a elementos de psicoterapia, la inmunoterapia y el uso de la bioterapia.

El enfoque del libro llena un espacio importante en la Atención Primaria de Salud y es una guía imprescindible para los profesionales en ese nivel de atención.

Felicitemos al autor y sus colaboradores por su iniciativa, ya que su esfuerzo y constancia constituyen un ejemplo a seguir y esperamos que continúen contribuyendo con sus aportes científicos a que cada día podamos enfrentar con éxito y prevenir esta enfermedad. Constituye un estímulo para todos los que buscamos el conocimiento que nos permita aliviar el dolor humano y para los que luchamos por un mundo mejor.

Dr. Rómulo Rodríguez Ramos  
Rector del Instituto Superior de  
Ciencias Médicas “Carlos J. Finlay”-Camagüey,  
15 de agosto de 2006.

## AGRADECIMIENTO

Cuando se escribe un libro es costumbre agradecer a un grupo de personas la posibilidad de su aparición, en este caso han sido valiosos compañeros los que de forma directa o indirecta han participado en este empeño.

Las revisiones bibliográficas, la impartición de los cursos de Posgrado “La Oncología en la Atención Primaria” durante años y la experiencia como oncólogo fueron enriqueciendo nuestro arsenal de conocimientos; con todo este material se necesitaba el detonante que significo la transmisión del entusiasmo y la experiencia del Lic. Pedro Rioseco López Trigo, nuestro amigo y hermano de lucha. Pero hacía falta el apoyo administrativo y el estímulo científico que fue aportado por nuestro Director el Dr. Oscar Lasserra Sánchez.

Si vamos a manifestar gratitud las palmas deben ser para las personas que durante largas jornadas de trabajo transcribieron todo el material que aquí presentamos, la compañera Kenia Casa Pérez a la cual le estaremos eternamente agradecidos y a su jefe departamental el Ingeniero Ramón Betancourt Santana; ambos ejemplos de los trabajadores de ACINOX-Camagüey y a la Lic. Irma Ramírez Jiménez Trabajadora de la ECOA # 18, que soportaron nuestra persistencia y las molestias ocasionadas, por lo que es necesario reconocer el apoyo desinteresado que nos ofrecieron.

Al hablar de información científico técnica debemos agradecerle a nuestra bibliotecaria Tania Martínez y en el Centro provincial de Ciencias Médicas a Mayra, Obdulia, Gelsy y demás compañeras que han colaborado con responsabilidad y esfuerzo.

Revisó el material la profesora Lic. María Mercedes Campanioni, a la cual le estamos muy agradecidos.

Al Departamento de Atención Primaria de nuestro Sectorial Provincial de Salud nuestro eterno agradecimiento por su apoyo y responsabilidad para acometer esta y otras tareas a cumplimentar por nuestros equipos básicos de Trabajo y la especialidad de Oncología.

En especial a los doctores especialistas en Medicina General Integral: Dr. Jesús Regueira Naranjo y Dr. Jesús Antúnez Taboada.

Por último a mis familiares, amistades y compañeros preocupados y siempre dándonos ánimos frente a las dificultades y soportando mortificaciones y ansiedades que supieron aceptar y con disposición de cooperación para dar las soluciones precisas.

En fin a todos le estamos muy agradecidos y siempre tendremos en cuenta su ejemplar actitud.

El Autor



## INDICE

<i>Introducción</i> .....	3
1. GENERALIDADES.....	5
1.1 El Equipo Básico de Salud y el Cáncer .....	5
1.2 Vigilancia en Salud y estratificación. Situación del Cáncer en Cuba. ....	15
1.3 Patología de los tumores. Metastatización. Carcinogénesis .....	23
1.4 Algunas reflexiones sobre el “Tabú” a la palabra cáncer .....	33
1.5 La prevención del Cáncer.....	43
1.6 Orientaciones para la Promoción sobre el Cáncer.....	51
2. PREVENCIÓN PRIMARIA .....	65
2.1 Adicción al fumar .....	65
2.2 Alcoholismo Y Cáncer.....	68
2.3 Dieta y Cáncer .....	69
2.4 Factores sexuales o relacionados con la reproducción.....	76
2.5 Factores genéticos y hereditarios en el cáncer .....	78
2.6 Peligro de la exposición al sol .....	80
2.7 Exposición a cancerígenos ocupacionales.....	82
2.8 Las infecciones y el cáncer.....	92
3. PREVENCIÓN SECUNDARIA .....	100
3.1 El diagnóstico precoz del cáncer y los 7 signos de alerta del mismo.....	100
3.2 Lesiones premalignas.....	108
3.3 Programas de lucha contra el cáncer. Programa Nacional del Control del Cáncer en Cuba .....	112
3.4 Programa Nacional de Educación en Cáncer.....	117
3.5 Programa Nacional de Control del Cáncer Cervico-Uterino .....	120
3.6 Programa Nacional de Control del Cáncer de Mamas.....	127
3.7 Programa Nacional de Control del Cáncer Bucal .....	135
3.8 Programa Nacional de Control del Cáncer Pediátrico .....	138

- 4. PREVENCIÓN TERCIARIA .....137
  - 4.1 El paciente oncológico sometido a las radiaciones ionizantes. Aspectos básicos..... 137
  - 4.2 El paciente oncológico sometido a la quimioterapia antineoplásica.  
Aspectos básicos .....1464
  - 4.3 La enfermería y la atención a los pacientes oncológicos. ....161
  - 4.4 Principios generales de la Oncopediatría..... 175
  - 4.5 Programa Nacional de Atención al Dolor y Cuidados Paliativos al Paciente Oncológico..... 199
  - 4.6 Control de Síntomas .....203
  - 4.7 Urgencias Oncológicas.....247
  - 4.8 Intervención psicológica en enfermos terminales .....251
  - 4.9 Rehabilitación y Calidad de Vida en el paciente oncológico .....280

## INTRODUCCIÓN

Nuestro Sistema Nacional de Salud tiene una alta responsabilidad en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación al atender la salud de nuestra población. Estas acciones se desarrollan en cualquier rincón del país, donde realizamos nuestras actividades sociales, económicas, productivas y/o recreativas para lo cual contamos con un destacamento de vanguardias que responden a las necesidades del pueblo y que es conocido como el médico y la enfermera de la familia.

Múltiples son las tareas a cumplimentar por el Equipo Básico de Salud en su radio de acción; en la comunidad, en la escuela, en el círculo infantil, en la industria, en la cooperativa o en cualquier lugar donde sea necesario y para lo cual cuentan con el respaldo de los buenos conocimientos adquiridos en sus estudios universitarios y la responsabilidad que adquieren frente a una población que espera sus buenos oficios.

Los profesionales interesados, con experiencia y deseos de apoyar en tan importantes acciones de salud a realizar en la atención primaria, nos vemos moralmente obligados a brindar nuestra modesta colaboración para que se revierta en una mejor atención médica.

En la disciplina de la Oncología desde fines del siglo pasado se han sucedido grandes adelantos científicos, sin embargo, el cáncer ocupa la segunda causa de muerte en el nuestro país y se mantiene en una evolución ascendente, él está considerado entre el grupo de enfermedades estrechamente relacionadas con la comunidad, la sociedad y los estilos de vida de los ciudadanos.

Trataremos de brindar una información actualizada que por supuesto, no aspira a ser una obra de texto; ni aspira tampoco haber agotado ni con mucho cualquiera de los temas tratados. Pero si aspira a que el contenido ayude y estimule a los jóvenes médicos y científicos.

Creemos, que los cuatro bloques en que hemos subdividido el texto responden a una clasificación útil y didáctica, y el haber dedicado tiempo y esfuerzo al escribir, en largas jornadas de trabajo, todo el material junto a un honroso equipo de compañeros, respondió a

la idea original de beneficiar con su contenido a nuestros médicos y enfermeras de la familia. El texto los adentrará en la problemática, según el tipo de prevención, de evitar los factores de riesgo que actúan en la producción del cáncer y en los aspectos del diagnóstico precoz. También contarán con una revisión de los programas de control de cáncer existente en nuestro país, pues en su cumplimiento tiene una alta responsabilidad la atención primaria de salud. Por último en un vasto capítulo se aportan los conocimientos necesarios para enfrentar, en la comunidad, a los enfermos con cáncer y su dispensarización e incluye el diagnóstico y tratamiento, la atención paliativa y la rehabilitación de dichos pacientes.

Nos parecía necesario algo que uniera la teoría elemental con la práctica, algo que ayudara y que le fuera útil a ese personal de la salud situado en la primera línea de lucha contra el cáncer. El equipo de trabajo de este libro se sentirá satisfecho con los resultados de la aplicación de los conocimientos aquí ofrecidos.

Pensamos que nuestros equipos básicos de trabajo, con el enriquecimiento de sus conocimientos en la Oncología, podrán realizar una mejor labor y el pueblo se sentirá protegido y satisfecho con el actuar y la alta responsabilidad social que tienen nuestros médicos y enfermeras de la familia en el cuidado de la salud de la población.

En septiembre del 2002 el Comandante en Jefe hace el llamado a perfeccionar el Sistema de Salud cubano acorde a las necesidades siempre crecientes de nuestra sociedad. Pensamos que este material sirva de apoyo a los nuevos aires que se respiran por la excelencia en nuestros servicios de salud y, por lo tanto, ocupa un lugar en este movimiento dirigido a mejorar la calidad en la atención médica integral al pueblo.

## **1. GENERALIDADES**

### **1.1 El Equipo Básico de Salud y el Cáncer**

Nuestro Sistema Nacional de Salud da respuesta a las necesidades de atender la salud de nuestra población al disponer cada familia de un Especialista de Medicina General Integral, y una enfermera quien se convierte en el consejero, en el amigo, en el profesional cercano y comprometido, al que facilita el acceso cuando algunos de sus miembros lo necesita, por tanto este profesional debe lograr que la relación médico paciente se convierta en su principal herramienta de trabajo. Solo así alcanzará un amplio dominio y una mejor proyección sobre la familia y a la comunidad.

El protagonismo del médico y la enfermera de la familia está dado fundamentalmente porque el Sistema Nacional de Salud confía en ellos, pues son los guardianes de la salud de la población, esa población que guarda grandes expectativas sobre la actuación y el saber de su médico y su enfermera. Ellos quiénes son los encargados de preservar y materializar el derecho a la salud que le brinda el estado a todos los ciudadanos deben estar cada día mejores preparados científica, técnica y socialmente para identificar las acciones determinantes en el proceso salud-enfermedad y en correspondencia promover los cambios favorables.

La Medicina General Integral es la especialidad médica efectora de la atención primaria de salud, posee un cuerpo de conocimientos propios, con una unidad funcional conformada por la familia y el individuo, y tiene como base los métodos clínicos, epidemiológicos y sociales e integra las ciencias biológicas, clínicas, sociales y de conducta.

La Atención Primaria de Salud es la asistencia médica dirigida hacia la solución de las necesidades y problemas de salud concretos y propios de cada comunidad, que deben ser abordadas a partir de actividades coordinadas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y la rehabilitación, y a potenciar al mismo tiempo la auto responsabilidad del individuo y la comunidad con su participación activa. Ella comprende un conjunto de procedimientos y servicios, así como la protección de grupos poblacionales específicos y la atención de problemas de salud con las tecnologías apropiadas dirigidas analíticamente.

La atención primaria es el primer nivel de contacto del Sistema Nacional de Salud con las personas, la familia y la comunidad.

Con esta información podemos asegurar que el Equipo Básico de Salud es el indicado para aplicar las medidas de prevención y diagnóstico temprano del cáncer. Su amplio margen de acción en la atención primaria, la posibilidad no tan solo de atender a las personas que

enferman, sino también de preocuparse por la higiene, por el medio en que viven, por las características del desarrollo y por la salud, hacen que pueda vigilar con asiduidad los factores de riesgo, y detectar con mayor facilidad la aparición de una lesión tumoral en sus comienzos, mientras que la atención comunitaria le brinda la posibilidad de cuidar de la rehabilitación o la atención paliativa según sea el caso. El 90% de los pacientes con cáncer tienen su primera consulta en la Atención Primaria de Salud.

Al valorar el Código de Honor dice: "Su función esencial ser guardián de la salud, implica que debe estar en estrecho contacto con las familias que atiende, visitar sus hogares, familiarizarse con sus hábitos de vida, higiene, cultura y todos los aspectos que directa o indirectamente influyen en la salud. Además, es su primer deber detectar lo que en la vida diaria puede incidir negativamente en la salud, y con paciencia, sencillez y perseverancia, esforzarse por producir los cambios necesarios tendientes a alcanzar un modo de vida más sano".

Un aspecto significativo planteado en dicho código es que los pacientes con enfermedades malignas incurables o pacientes agonizantes deben visitarse con frecuencia, tanto, en el hospital como en el hogar, y a ellos y a sus familiares apoyarlos en todo lo que sea posible. Esas acciones engloban los aspectos de la atención de los pacientes oncológicos y son considerados en el Programa de Trabajo del Médico y Enfermera de la Familia, con los objetivos específicos de:

Promover la salud a través de cambios positivos en los conocimientos, hábitos de vida y costumbres higiénicas sanitarias de la población.

Prevenir la aparición de enfermedades y daños a la salud de la población

Garantizar el diagnóstico precoz y la atención médica integral ambulatoria y hospitalaria oportuna y continua a la comunidad.

Desarrollar la rehabilitación con base comunitaria dirigida a la población incapacitada física o síquicamente.

Desarrollar investigaciones que correspondan a las necesidades de salud de la población.

Dicho programa contiene una serie de actividades en mayor o menor medida, se aplica a los ciudadanos que pudieran llegar a padecer de cáncer o a los pacientes con dicha enfermedad, por lo tanto pensamos que del mismo, los acápites más integrales son:

Promoción:

Instruir a la población en la importancia y en la responsabilidad del diagnóstico precoz del cáncer (Cérvico-Uterino, mamas, pulmón, piel, bucal, laringe, colon, próstata y otros)

Prevención:

2.1 Identificar y eliminar factores de riesgo dañinos a la salud como: el hábito de fumar, hipercolesterolemia, obesidad, hipertensión arterial, diabetes, mellitus, sedentarismo, malos hábitos alimentarios y consumo excesivo de alcohol, así como prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles que más afectan a la población.

2.7 Detectar tempranamente lesiones precancerígenas (Cérvico-Uterino, mamas, piel, boca, laringe, colon)

Atención Médica:

3.1 Garantizar la atención periódica y sistemática en el consultorio y en el hogar. Realizar la dispensarización de toda la población.

3.2 Realizar pesquiasaje que permita el diagnóstico temprano del cáncer Cérvico-Uterino, mamas, piel, cavidad bucal, laringe, colon, próstata.

Rehabilitación:

4.8 Seguimiento y control de los pacientes que reciben tratamiento en instituciones hospitalarias y necesitan rehabilitación.

8. Investigación:

8.2 Vincular los trabajos de terminación de la especialidad a los temas de investigaciones que se realicen.

Al evaluar dicho programa se contemplan los ingresos en el hogar; que están muy acorde con la atención a los pacientes terminales en general y en específico con el tipo de cáncer que requiere cuidados paliativos y atención al dolor.

Aspecto a destacar es la definición del número de mujeres por realizar citología vaginal (examen o reexamen). También al valorar anualmente los resultados del trabajo de cada médico y enfermera de la familia a través del diagnóstico de salud analizamos las enfermedades no transmisibles.

Podemos estudiar el Programa de Trabajo del Policlínico con el Equipo Básico de Salud nos encontramos los mismos capítulos tanto de objetivos como de actividades en una mayor amplitud a nivel del área de salud y mayor población. En esta revisión que brinda la posibilidad de valorar la participación del Equipo Básico de Salud en la lucha contra el cáncer no podemos olvidar como documento rector de todo nuestro accionar La Carpeta Metodológica del Ministerio y La Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar de la VII Reunión Metodológica del MINSAP; función importante es, en el Policlínico organizar y dirigir la ejecución, control y evaluación de la estrategia y acciones de los programas del MINSAP en el área de Salud.

También se señala la dispensarización como método de observación permanente y dinámica de los individuos, familias y comunidades con el objetivo de controlar riesgos. Tanto al entenderlo como objetivos o como propósitos se hace preciso señalar:

Modificar el estado de salud de los individuos, familias, grupos y colectivos al desarrollar acciones de mejora continua del estado de salud.

Pesquisar activamente riesgos y daños; es decir, identificar e intervenir riesgos y enfermedades u otros daños a la salud individual y familiar, además de promover estilos de vidas saludables.

En la dispensarización el cáncer se registra en el grupo III de individuos enfermos con enfermedades priorizadas con tres evaluaciones anuales. Pero no debemos olvidar que en el grupo II de individuos con riesgo, tenemos una cantera de personas que debemos atender, vigilar, controlar y actuar sobre ellas para modificar sus estilos de vida. Allí se encuentran los riesgos priorizados: el mal hábito de fumar, hipercolesterolemia, obesidad, malos hábitos dietéticos, sedentarismo etcétera. Este grupo también comprende tres evaluaciones anuales; existen otros riesgos a los cuales se le realiza evaluaciones dos veces al año.

No podemos olvidar la prioridad dada al Programa Nacional de Salud y Calidad de Vida, cuya ejecución vital se realiza en la atención primaria por el Equipo Básico de Salud donde las enfermedades crónicas no transmisibles es un objetivo a tener en cuenta por su repercusión social, como un problema de salud muy actualizado y que está estrechamente vinculado con la necesidad de calidad de vida de la población. Todo considerado como un programa integral con acciones específicas dirigidas a la promoción de estilos de vida y a la prevención de riesgos, enfermedades y otros daños.

Nuestros Equipos Básico de Salud enfrentan inicialmente los factores de riesgo y las lesiones premalignas, también deben atender al paciente con cáncer que esté convaleciente de una cirugía o bajo los efectos de un tratamiento radiante o de quimioterapia. Se hace necesario considerar la dispensarización del enfermo para su mejor atención médica en la comunidad y así lograr un seguimiento sistemático de por vida, como está normado para el que sufre una enfermedad crónica. Hay que tener en cuenta que la rehabilitación de los aspectos psicosociales, motores, laborales y de la reinserción a la sociedad es parte de nuestro trabajo por encontrarnos frente a un ser biosicosocial que debe ser valorado integralmente. Si el resultado no es el que se espera y la enfermedad sigue avanzando a fase terminal y muerte, es preciso el apoyo del Equipo Básico de Salud al paciente y su



familia, como atención paliativa para lograr una muerte digna y con ello cumplir con nuestra responsabilidad hasta las últimas consecuencias.

El Programa Nacional de Atención Materno Infantil (actual Programa de Salud Sexual Reproductiva), tiene entre sus objetivos la atención a las mujeres por sus mamas y cuello uterino; no se haría nada preocupándonos únicamente por la maternidad y que después, en edades relativamente jóvenes, puedan presentar cáncer en estas localizaciones.

Otro programa que participa en el Programa Cáncer es el del Adulto Mayor quien, por estar sometido durante más años a los factores de riesgo externos, tiene mayores posibilidades de desarrollar algún tipo de cáncer.

Entre los programas del MINSAP se encuentran las Enfermedades Crónicas no Transmisibles. En este siglo un número alto de muertes son debido a ellas, ya que 9 de cada 10 fallecidos en Cuba son por esta causa y que representa un 76% de la defunción en el país. Es necesario ante esta evidencia significativa que las acciones fundamentales en el plano estratégico, favorezcan modificar en este perfil la mortalidad actual, debiéndose realizar fundamentalmente en la atención primaria de salud ya que es el espacio integrador mas propicio para las acciones multidisciplinarias e intersectoriales imprescindible para lograr los cambios de actitudes de los individuos, las familias y la población hacia la percepción y la práctica de la salud. Enfrentar con una concepción más acabada la necesidad de lograr los cambios de estilos de vida de la población y la modificación de los factores de riesgo con prioridad en los grupos vulnerables.

En cuanto a los tumores malignos contempla:

Promoción de estilos de vidas saludables.

Pesquisaje activo de la población con mayor riesgo (diagnóstico precoz).

Terapéutica oportuna.

Acciones prioritarias para los cuidados paliativos y el tratamiento del dolor.

Propósito: Disminuir la tasa de mortalidad por cáncer en Cuba.

Objetivos: Disminuir la mortalidad y la morbilidad por cáncer.

Mejorar la calidad de vida del paciente oncológico.

Acciones: - Promover estilos de vida saludables que se antepongan a los condicionantes de riesgo para el cáncer.

Citología vaginal principalmente en el grupo de edad de 35 a 59 años cada 3 años.

Cumplir las acciones contenidas en el programa nacional del control de cáncer de mamas con énfasis en las actividades educativas (autoexamen)

Examen de la cavidad bucal y regiones vecinas, a la población de 15 y más años que acudan a las clínicas estomatológicas y de 35 años en adelante por el Equipo Básico de Salud y el estomatólogo de la comunidad.

Cumplimentar indicaciones para el tratamiento de las pacientes con cuidados paliativos y dolor por cáncer.

Control: - El área de salud y los GBT seguirán mensualmente las actividades del programa así como los indicadores relacionados con los factores de riesgo.

Vigilancia: - Se vigilará la aparición de signos de alarma para el cáncer a toda la población Mantener el seguimiento de los pacientes con tumores malignos en todas las fases de tratamiento.

Indicadores de mortalidad, morbilidad, letalidad y seguimiento de las acciones de intervención.

Posiblemente en el accionar diario de un Equipo Básico de Salud la máxima demostración de responsabilidad sea evitar la iatrogenia, sobre todo en la población con riesgo de padecer cáncer; no es necesario que el médico de familia sea un médico especialista en oncología, pero por lo menos entre sus ocupaciones debe haber un espacio para pensar en el cáncer como un grave problema de salud, que actualmente puede tener curación con un diagnóstico precoz, ello está en nuestras manos. Es un error no pensar que un síntoma, que pueda parecer funcional, este provocado por una lesión tumoral. A veces desafortunadamente no existe un criterio lo suficientemente establecido para remitir, interconsultar o profundizar en las investigaciones diagnósticas.

Si el Equipo Básico de Salud no es optimista en relación con las posibilidades de mejorar e inclusive participar en la cura del cáncer se sitúa en una posición escéptica, conservadora y hasta conformista. Esta actitud puede ser producto del desconocimiento o pesimismo injertado en una mente joven que, sin embargo, debe estar a la par del desarrollo científico actual que nos hace más optimistas en la labor que realizamos.

Todo el personal que atienda a un paciente oncológico: médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y familiares tienen una función que cumplir en su asistencia y atención. Entre ellos no puede haber la resignación, la pasividad ni el desaliento. Quien considere la muerte como un fracaso no tiene cabida en un equipo de trabajo que atienda al paciente con cáncer que cada día debe vivir con renovadas fuerzas y ajeno a todo sentimiento de frustración o desesperación.

Por ello el Equipo Básico de Salud de la atención primaria debe tener los conocimientos necesarios para garantizar la cobertura real de las acciones del Programa de Control de Cáncer, que se distingue del resto de los programas de atención de salud en Cuba.

Por último trataremos dentro del amplio campo de trabajo del Equipo Básico de Salud, resumir las funciones que debe cumplir y que sintetiza los objetivos propósitos y acciones reflejados en los distintos programas priorizados, orientaciones de las carpetas metodológicas y las recientes orientaciones del Gobierno y el MINSAP para la Atención Primaria de Salud en los cuales está enmarcada las estrategias de la lucha contra el cáncer en nuestro país:

Ofrecer a la población orientaciones educativas sobre factores de riesgo, programas de control de cáncer y procedimiento de diagnóstico precoz.

Reducir la prevalencia del hábito de fumar y del consumo de bebidas alcohólicas.

Orientar los hábitos alimentarios adecuados.

Conocer y divulgar los signos de alerta del cáncer.

Asegurar la eficacia de los programas de control de cáncer (diagnóstico precoz).

Garantizar la realización de la prueba citológica del cuello uterino a toda mujer entre los 25 y 59 años, y que hayan tenido vida sexual activa.

Realizar examen físico de las mamas una vez al año a toda mujer mayor de 30, enseñarle a realizar la técnica del autoexamen de mamas.

Revisar la cavidad bucal y regiones vecinas a partir de los 35 años.

Detectar personas con factores de riesgo y someterlos a vigilancia.

Detectar lesiones preneoplásicas mediante exámenes dirigidos.

Dispensarizar y controlar el seguimiento del paciente oncológico pre, trans y post tratamiento.

Asistir y mejorar la calidad de la sobrevivencia con una rehabilitación correcta.

En caso de pacientes terminales administrarles los cuidados paliativos necesarios y la terapéutica del dolor con un enfoque multidisciplinario: El médico, la enfermera, el psicólogo, el trabajador social y otros.

Con este enfoque integracionista de nuestro trabajo con la comunidad obtendremos mejores resultados para satisfacción de la población y en nuestra conciencia humanitaria formada en nuestra sociedad socialista.

A partir del año 2002 y bajo la Dirección del máximo Líder de Nuestra Revolución comienza un profundo proceso de cambios en los lineamientos de la Salud en nuestro país; comienzan

los Programas de la Revolución en la Salud, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención médica integral que se brinda a la población cubana.

Hoy podemos afirmar que vivimos momentos diferentes en la Salud Pública con una mayor prioridad a la Atención Primaria de Salud. En este marco surge una amplia y profunda discusión para lograr recuperar los objetivos del Programa de Trabajo del Médico y enfermera de la familia con un sentido más revolucionario para acercar más los servicios de salud a la población, con el mayor hincapié en la familia y sus problemas de salud.

Durante años se ha trabajado por la revitalización de los objetivos originales del Programa del Médico y la Enfermera en la Familia; y después de un arduo análisis, refecciones y aportes se logran el Programa de Atención Médica Integral a la Familia con acciones a desarrollar para lograr mejorar el estado de salud de la población, de la calidad de vida y lograr una mayor expectativa de vida.

Dentro de estas acciones integralmente se responden a las necesidades de la atención oncológicas para nuestro pueblo muy acorde con el apoyo, las orientaciones y los conocimientos que representa este libro para el Programa de Atención Médica Integral a la Familia en este importante problema de salud.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Ministerio de Salud Pública. Código de Honor del Médico de la Familia MINSAP; 1984.
2. Ministerio de Salud Pública. Programa de Trabajo del Médico y Enfermera de la Familia, el Policlínico y el Hospital. MINSAP; 1988.
3. Ministerio de Salud Pública. Carpeta de Metodológica del Ministerio de Salud Pública (1999-2000);1999.
4. Ministerio de Salud Pública. Carpeta Metodológica de la Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar en la VII Reunión Metodológica del MINSAP; 2001.
5. Consejo de Estado. Programa Nacional de Atención al Adulto Mayor. MINSAP; 1999.
6. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Materno-Infantil; 1989. (actual Programa Nacional de Salud Sexual Reproductiva). MINSAP; 1998.
7. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención al Adulto Mayor. MINSAP; 1985.
8. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Control del Cáncer. MINSAP; 1994.
9. Ministerio de Salud Pública. El problema Cáncer en Cuba. Una Estrategia Científica de Abordaje. MINSAP-INOR-GNO;2001.

10. Noriega Pío, A. Participación del Médico de la Familia en el Programa de Reducción de la Mortalidad por cáncer. Rev. Cub Oncol 1990; 6(1):132-35.
11. Lage A, Carabaloso M, Azcue M. Las Posibilidades de Reducción de la Mortalidad por Cáncer en Cuba. Análisis para un Programa Nacional. Rev. Cub Oncol 1987; 3(2): 101-13.
12. Marrinello Vidaurreta Z. La Yatrogenia en el Cáncer. Rev. Cub Oncol 1991; 7(2): 76-81.
13. González Baron M. Oncología Médica. Concepto. Su Relación con el Médico de Cabecera, su perspectiva histórica. En Su: Oncología Médica. Madrid: Interamericana-McGraw Hill; 1992. P. 2-12.
14. Sánchez Santos Leonardo, Cruz Alvarez Nelida; Amaro Cano María del Carmen; Barriuso Andino Aurora. La Atención Primaria de Salud. En Su: Introducción a la Medicina general Integral. Ciudad habana: Editorial Ciencias Médicas; 1999. P 84-90.
15. Sánchez Santos Leonardo, Cruz Alvarez Nelida; Amaro Cano María del Carmen; Barriuso Andino Aurora. La Atención Primaria de Salud. En Su: Introducción a la Medicina General Integral. Ciudad habana: Editorial Ciencias Médicas; 1999. P 91-99.
16. Camacho Rodríguez R. Nivel Primario de Atención en la Reducción de la Mortalidad por Cáncer. Editorial. Rev Cub Medicina General Integral 1994; 10(3): 213-214.
17. MINSAP. Anteproyecto del Programa de Atención Médica Integral a la Familia. MINSAP . Ciudad Habana. 2004.
18. MINSAP. Programa de Atención Médica Integral a la Familia. MINSAP. Ciudad Habana 2004.

## **1.2 Vigilancia en Salud y estratificación. Situación del Cáncer en Cuba.**

**1.2.1.** La Vigilancia en salud Pública se define como el seguimiento, recolección sistemática, análisis e interpretación de datos sobre eventos de salud o condiciones relacionadas para ser utilizado en la planificación, implementación y evaluación de los Programas de Salud Pública, incluyendo como elementos básicos la disseminación de dicha información.

Esta vigilancia proporciona la información necesaria para conocer la situación de salud de uno u otro lugar que permita planificar las intervenciones para la mejoría constante del Estado de Salud de la Población.

Para los Equipos Básicos de Salud el cáncer es una de las enfermedades como problema general, por su distribución amplia en el país.

Como se puede evaluar, su comportamiento no se manifiesta igual en todas las regiones, provincias y municipios, lo que refuerza la utilidad de la estratificación en Salud.

En la mortalidad y morbilidad la estratificación comprende un grupo de cánceres importantes: tumores malignos en general, pulmón, próstata, mama, colon y cuello uterino.

Los estudios realizados y la estratificación del problema, nos alertan en la necesidad de profundizar en la calidad de la pesquisa de factores de riesgo y de los daños a la salud que estos producen y de la dispensarización como proceso clave de nuestro trabajo en énfasis en la intervención continua en el Estado de Salud de las personas que atendemos hacia lo que deben estar dirigidas nuestras estrategias comunitarias.

**1.2.2** El cáncer es uno de los procesos más complejos de la naturaleza debido a que la multicausalidad de su origen dificulta la actuación de la medicina; con el decursar de los años se ha ido imponiendo como una de las primeras causas de muerte, mas en esa misma medida la ciencia lo ha ido investigando. Actualmente se considera por algunos autores como una epidemia por la magnitud que presenta, aunque muchos países del mundo carecen de un registro que aporte datos fidedignos. En Cuba contamos desde 1964, con un Registro Nacional del Cáncer con los datos estadísticos necesarios para la investigación y la planificación que permita su enfrentamiento.

En el año 1910 en nuestro país el cáncer ocupaba el octavo lugar como causa de muerte, a partir de 1958 pasa a ocupar el segundo lugar, si mantiene esa tendencia ascendente llegará a ser la primera causa de muerte en Cuba en los próximos años. En Cuba cada año se diagnostican de 20 000 a 25 000 nuevos pacientes y fallecen entre 13 000 a 14 000

personas por esta causa. Esta cantidad representa un aproximado del 20% de todos los fallecidos en nuestro archipiélago.

Los cambios en algunos indicadores demográficos, sociales y de nivel de salud ocurridos en Cuba han provocado un incremento del riesgo de enfermar y morir por cáncer en los últimos años. En esta problemática se consideran algunas localizaciones que aportan cerca de la mitad de incidencia y mortalidad según los estudios realizados, ellos son: pulmón, mama, próstata, colon y cuello uterino; lo cual justifica los esfuerzos y la mayor atención ejercida por nuestro Sistema Nacional de Salud a estas localizaciones.

En la mujer más del 50% de los cánceres corresponden al de mama y al de útero, estos permiten ser diagnosticadas tempranamente y con los procedimientos terapéuticos establecidos y comprobados, sean curables y/o en muchos casos lograr mayor supervivencia y con mejor calidad de vida. En los hombres la mayoría de los cánceres se agrupan en el pulmón, próstata y cabeza y cuello que tienen menos expresividad en síntomas tempranos y por tanto menos posibilidades de ser diagnosticados en su comienzo, aunque en el caso del pulmón todos sabemos que disminuir la adicción del fumar disminuimos el riesgo y que esta es la principal medida a tomar. El cáncer es la causa que provoca más años de vida potencialmente perdidos y se considera que de cada 5 fallecidos uno es por cáncer.

La edad es el principal factor de riesgo, porque la posibilidad de padecer de cáncer está en relación con los años de vida, pues ello significa estar sometido por más tiempo a los factores de riesgo. En Cuba, como resultado del desarrollo del Sistema Nacional de Salud, aumenta la expectativa de vida a más de 70 años, es decir, que alrededor del 14% de las personas viven más de 6 décadas, sin embargo, se torna interesante saber, para su observación y seguimiento, que el 65% de los fallecidos de cáncer pertenecen a este grupo.

### **1.2.2.1 Incidencia**

En los últimos años en Cuba existe un ligero aumento del cáncer con un 7 % aproximadamente; se destaca el aumento en el sexo femenino, aunque claro está se mantienen las cifras superiores en el sexo masculino con predominio en sus tasas.

Las mayores incidencias por cáncer en base a las tasas crudas, con cifras superiores a las nacionales, son las provincias de:

- Ciudad Habana
- La Habana

- Villa Clara
- Santiago de Cuba

Las provincias Sancti Spíritus y Camagüey han tenido fluctuaciones en sus tasas con respecto al país y se observa en alza las provincias de Pinar del Río y Matanzas.

Según la información del Registro Nacional del Cáncer del año 2001 tenemos la tabla 1 con la incidencia.

### **1.2.2.2 Mortalidad:**

En los últimos años ha habido una tendencia al aumento de muerte provocada por cáncer, más significativo en el sexo femenino.

En los años de vida potencialmente perdidos se observa un incremento y como dato curioso, podemos decir que 1981, por cada mil habitantes, se dejaron de vivir 12 años a causa del cáncer y en el 2000, por cada mil habitantes, 15 años. Este aumento es mayor en el sexo masculino, aunque últimamente se observa incremento en el sexo femenino. El ser el cáncer la causa de más años de vida potencialmente perdidos, nos alerta por la implicación social, económica y sanitaria que esto conlleva; aunque las enfermedades cardíacas ocupan el primer lugar como causa de muerte, no es el principal contribuyente a los años potencialmente perdidos por encontrarse en edades más avanzadas.

En la mortalidad por cáncer según provincia se observa un incremento significativo en:

- Las Tunas
- Holguín
- Granma

Aunque en general todas están en ascenso.

Para conocer la última información recibida sobre la mortalidad por cáncer, en la tabla 2 aportamos los datos del año 2003.

Primeramente observamos que el cáncer de piel, que ocupa el primer lugar en incidencias, no está entre los graves problemas de la mortalidad, mientras que el de pulmón, con su diagnóstico tardío y mala supervivencia se destaca como causa de muerte en ambos sexos. El cáncer de mamas en la mujer y el cáncer de próstata en el hombre, órganos con gran influencia hormonal, ocupan lugares iniciales según el orden de frecuencia en las tasas crudas. El cáncer de colon se encuentra entre las primeras localizaciones, con predominio



en el sexo femenino. En general se mantiene alta la tasa de muerte por cáncer en el país con predominio en el sexo masculino.

Por último llama la atención que, proporcionalmente es superior en Cuba con relación al mundo, la mortalidad por cáncer de colon y próstata, en esta última, además del aumento sustancial en incidencia, también existen factores determinantes en la terapéutica deficiente y el diagnóstico tardío.

Recordar que la mortalidad no depende solamente de la incidencia sino que está influenciada además por los estadios en que se realiza el diagnóstico y el tratamiento empleado que modifica a su vez el tiempo de sobrevida o curación del enfermo.

En el Programa de Atención Médica Integral a la Familia se orienta hacer un buen análisis de la situación de salud donde se debe tener en cuenta la incidencia y mortalidad de las distintas enfermedades que más afectan al área que atendemos

OFICINA CENTRAL DEL REGISTRO NACIONAL DE CANCER  
PRIMERAS LOCALIZACIONES DE INCIDENCIA Y MORTALIDAD  
POR CANCER. CUBA. SEXO FEMENINO

INCIDENCIA (2001)				MORTALIDAD (2003)			
localizaciones	#	T.C.	T.A.M.	localizaciones	#	T.C.	T.A.M.
Mama	2437	43.43	34.85	Pulmón	1354	24.08	17.51
Piel	2163	38.55	29.00	Mama	1170	20.81	14.84
Cuello de Útero	1304	23.24	18.88	Colon	953	16.95	10.73
Pulmón	1229	21.90	16.72	Cuello de Útero	465	8.27	6.43
Colon	947	16.88	11.46	Sist. Hematopoyético	387	6.88	5.35
Cuerpo de Útero	477	8.50	6.84	Páncreas	351	6.24	4.08
Sist. Hematopoyético	402	7.16	6.38	Hígado	316	5.62	3.78
Ovario	342	6.10	5.07	Útero S/E	307	5.46	4.05
Estómago	323	5.76	4.08	Cuerpo de Útero	305	5.43	3.86
Recto	311	5.54	4.12	Estómago	271	4.82	3.17
<b>Todas las localiz.</b>	<b>13304</b>	<b>237.11</b>	<b>184.02</b>	<b>Todas las localiz.</b>	<b>7903</b>	<b>140.57</b>	<b>99.57</b>

# Tasa de pacientes reportados

TC Tasa cruda x 100,000 habitantes

TA Tasa ajustada 100,000 habitantes de Cuba en 1981 Fuente: Registro Nacional de Cáncer. I.N.O.R.

OFICINA CENTRAL DEL REGISTRO NACIONAL DE CANCER  
 PRIMERAS LOCALIZACIONES DE INCIDENCIA Y MORTALIDAD  
 POR CANCER. CUBA.SEXO MASCULINO

INCIDENCIA (2001)				MORTALIDAD (2003)			
localizaciones	#	T.C.	T.A.M.	localizaciones	#	T.C.	T.A.M.
PIEL	2862	50.94	39.91	Pulmón	2910	51.74	<b>39.18</b>
Pulmón	2742	48.80	38.58	Próstata	2014	35.81	<b>22.46</b>
Próstata	2062	36.70	25.79	Colon	614	10.92	<b>7.64</b>
Laringe	750	13.35	11.12	Laringe	529	9.41	<b>7.27</b>
Colon	700	12.46	9.54	Estómago	450	8.00	<b>5.99</b>
Boca	599	10.66	8.74	Sist. Hematopoyético	432	7.68	<b>6.32</b>
Vejiga	550	9.79	7.56	Esófago	379	6.74	<b>5.21</b>
Estómago	485	8.63	6.73	Vejiga	348	6.19	<b>4.14</b>
Sist. Hematopoyético	446	7.94	7.15	Ganglios Linfáticos	348	6.19	<b>5.08</b>
Ganglios Linfáticos	413	7.35	6.61	Hígado	329	5.85	<b>4.38</b>
<b>Todas las localiz.</b>	<b>14565</b>	<b>259.22</b>	<b>205.25</b>	<b>Todas las localiz.</b>	<b>10340</b>	<b>183.85</b>	<b>134.67</b>

No. Tasa de pacientes reportados

TC Tasa cruda x 100,000 habitantes

TA Tasa ajustada 100,000 habitantes de Cuba en 1981 Fuente: Registro Nacional de Cáncer. I.N.O.R.

OFICINA CENTRAL DEL REGISTRO NACIONAL DE CANCER  
 PRIMERAS LOCALIZACIONES DE INCIDENCIA Y MORTALIDAD  
 POR CANCER. CUBA.AMBOS SEXOS

INCIDENCIA (2001)				MORTALIDAD (2003)			
localizaciones	#	T.C.	T.A.M.	localizaciones	#	T.C.	T.A.M.
Piel	5025	44.75	34.27	Pulmón	4264	37.92	<b>27.98</b>
Pulmón	3971	35.36	27.34	Próstata	2014	17.91	<b>10.59</b>
Mama femenina	2437	21.70	17.78	Colon	1567	13.93	<b>9.25</b>
Próstata	2062	18.36	12.36	Mama Femenina	1170	10.40	<b>7.63</b>
Colon	1647	14.67	10.54	Sist. Hematopoyético	819	7.28	<b>5.83</b>
Cuello de Útero	1304	11.61	9.56	Estómago	721	6.41	<b>4.54</b>
Laringe	898	8.00	6.50	Páncreas	672	5.98	<b>4.16</b>
Sist. Hematopoyético	848	7.55	6.76	Hígado	645	5.74	<b>4.07</b>
Boca	823	7.33	5.78	Laringe	619	5.50	<b>4.08</b>
Estómago	808	7.20	5.37	Ganglios Linfáticos	590	5.25	<b>4.13</b>
<b>Todas las localiz.</b>	<b>27869</b>	<b>248.17</b>	<b>193.89</b>	<b>Todas las localiz.</b>	<b>18243</b>	<b>162.22</b>	<b>116.22</b>

No. Tasa de pacientes reportados

TC Tasa cruda x 100,000 habitantes

TA Tasa ajustada 100,000 habitantes de Cuba en 1981 Fuente: Registro Nacional de Cáncer. I.N.O.R.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Comunicación. Cáncer en Cuba. Registro Nacional de Cáncer. INOR; 2005.
2. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Control de Cáncer. C. Habana: MINSAP; 1994.
3. Lence Anta J, Fernández Garrote L, et al. El Riesgo de Enfermar y Morir por Cáncer en las Diferentes provincias de Cuba. Rev Cub Oncol 1991; 7:42-56.
4. Láge Davila A. El Programa Nacional de la Reducción de la Mortalidad por Cáncer. Rev Cub Oncol 1991; 6(2):285-293.
5. Hernández Cisnero F, Díaz Seguí D. Neoplasias Malignas. Caracterización. Rev Cub Oncol. Med Integral 1997; 13(1):28-33.
6. Soriano García J, Carrillo Franco G. El cáncer en la tercera Edad. Rev Cub Oncol 1995; 11(1):64-70.
7. Beldarrain Chape E. Tumores Malignos. En: Ochoa Soto R, et al. Editores, Epidemiología de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles. C. Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1992.p.247-255.
8. Fernández Garrote L, Martín García A. Morbilidad y Mortalidad por Cáncer en Cuba. Rev Cub Oncol 1990; 6(2):294-300.
9. López L, Gran M, Nieto M. Cáncer Mortality in the Cuban Population. Poster Listing. 23rd. Annual Meeting of the International Association of Cancer Registries. La Habana; 2001.
10. Camacho Rodríguez R. El Problema Cáncer en Cuba. Una Estrategia Científica de Abordaje. C Habana: MINSAP; 2001.
11. Soriano García J, Galan Alvarez G, Luaces Alvarez P, Martín García A. Incidencia en Cuba del Cáncer en la 3ra Edad. Rev Cub Oncol 1998; 14(3): 121-128.
12. Chavez Martínez FJ, Romero Pérez T, González Marrinello S, Lence Anta J, Santos Martínez T. Riesgo de Morir por Cáncer en Cuba. Rev Cub Oncol 1997; 13(1):5-11.
13. Lage Dávila A, Caraballos M, Azcue M. las Posibilidades de Reducción de la Mortalidad por Cáncer en Cuba. Análisis para un Programa Nacional. Rev Cub Oncol 1987; 3(2): 101-130.
14. MINSAP. Anteproyecto del Programa de Atención Médica Integral a la Familia. MINSAP. Ciudad Habana. 2004.
15. MINSAP. Programa de Atención Médica Integral a la Familia. MINSAP. Ciudad Habana. 2004.

### **1.3 Patología de los tumores. Metastatizacion. Carcinogenesis**

La palabra cáncer es una palabra genérica. En realidad existen unos 200 tipos de enfermedades cancerosas con unas 1000 variedades histopatológica.

Llamamos cáncer a todo proceso que evoluciona con cuatro características:

1. Aumento del número de células sobre el número normal para el funcionamiento del organismo, a lo que se llama hiperplasia.
2. Un cúmulo de masa en forma de bulto o nódulo conocido como neoplasia, o que se dispersa en la sangre en la leucemia.
3. Una serie de anomalías en la forma y función de las células, designadas como heterotipia.
4. Un metabolismo incompatible con la vida del organismo portador.

Las enfermedades cancerosas son también conocidas como tumores malignos, neoplasias malignas o neoplasmas malignos. Los sufijos “plasia” y “plasma” derivan de la palabra griega “plassos”, que significa formación por lo tanto neoplasia y neoplasma, quieren decir por lo tanto “nueva formación o neoformación”.

La heterotipia es la que da la especificidad del carácter canceroso y comprende varios aspectos:

- Proliferación celular incontrolada.
- Cambio del aspecto morfológico propio del tejido normal donde se originó el tumor, que es conocido como “desdiferenciación”, con varios grados y puede llegar hasta los tumores indiferenciados o anaplásicos.
- Alteraciones funcionales, con disminución o desaparición de aquellas funciones propias del tejido normal del que procede el tumor.
- Aflojamiento de las células neoplásicas en el tejido donde se forma, con capacidad para invadir los tejidos vecinos y para viajar por la sangre, la linfa o las cavidades virtuales hasta asentar en un órgano distante del tumor primitivo dando lugar a tumores secundarios o metastásicos.

Neoplasia es una masa anormal de tejido cuyo crecimiento excede al de los tejidos normales, no está coordinado con el mismo y persiste a pesar del cese de los estímulos que dieron lugar al cambio.

Toda neoplasia tiene dos componentes:

Células neoplásicas proliferantes que constituyen su parénquima.

Estroma de soporte constituido por tejido conectivo y vasos sanguíneos.

El término tumor es una característica de la inflamación y actualmente considerado fenómeno de la neoplasia.

En Patología se conocen dos tipos de neoplasias: malignas y benignas. Es preciso señalar que no todas las neoplasias benignas son inocentes, así tenemos los tumores benignos en el cerebro que pueden llevar a la muerte al paciente. Por todo lo anterior es necesario conocer.

Tabla 3. DIFERENCIAS ENTRE NEOPLASIAS BENIGNAS Y NEOPLASIAS MALIGNAS

Característica	Neoplasia benigna	Neoplasia maligna
Estructura y diferenciación	Tejido de origen típico en sus células y tejidos de sostén	Tejido de origen atípico en sus células y tejidos de
Crecimiento	Usualmente lento	Más rápido
Progresión	Lento y progresivo, puede estacionarse o regresar	Usualmente progresivo fatal si no es tratado
Modo de crecimiento	Expansivo	Infiltrativo
Metástasis	Ausente	Presente
Recurrencia	No frecuente	Común
Vascularización	Ligera	Moderada a marcada
Necrosis y ulceración	Inusual	Común
Efectos constitucionales	Inusual	Común

El uso de la terminología es útil y esclarecedor del tipo de tumor que estamos estudiando:

Sufijo OMA: Tumor benigno parenquimatoso

ADENOMA: Tumor benigno con patrón glandular y que derivan de glándula.

Las neoplasias epiteliales benignas con prolongaciones digitiformes o verrucosas se les llama papilomas y de ellas las que forman espacios quísticos se les llama cistoadenoma. Las neoplasias epiteliales benignas que producen una excrecencia por encima de la superficie de una mucosa y se proyecta en la luz se le llama pólipo.

En cuanto a los tumores malignos podemos señalar que los derivados del componente parenquimatosos, se le llaman SARCOMA (sarco igual a carnosos). Los tumores malignos

originados de célula epiteliales, que provienen de cualquier capa germinativa se le llama CARCINOMAS y si proviene de crecimiento glandular se le llaman ADENOCARCINOMAS.

Es preciso señalar que existen tumores malignos clasificados según el autor que lo describió como: Enfermedad de Hodgkin, Tumor de Wilms, Tumor de Ewing y otros.

Por el uso cotidiano de algunos términos, se hace necesario señalar que los Linfomas, Melanoma, Hepatoma, Seminoma; son tumores malignos, pero que la terminología puede crear confusiones y pensar que fueran tumores benignos.

Otros prefijos comunes usados en Oncología son:

Angio – vasos

Fibro – tejido conectivo

Osteo – hueso

Leio – músculo liso.

Lipo – grasa.

Mielo – glóbulo blancos.

Rabdo – músculo estriado.

Hemo – sangre.

Condro – cartílagos.

Cisto – quiste.

Derma – piel.

Mixo – tejido laxo.

También es importante que el término carsinoma in situ tiene una variedad de sinónimos, como:

No infiltrante.

No invasivo.

Pre invasivo.

Confinado al epitelio.

No invasión estromal.

Intraepidermica.

Intraepitelial.

Estadio o.

Nivel I de Clak en el melanoma neoplasia intraepitelial III o NIC III eritroplasia de Queyrat.



Tabla 4. CLASIFICACIÓN DE LA NOMENCLATURA DE LOS TUMORES  
MÁS FRECUENTES SEGÚN EL TEJIDO DE ORIGEN

TEJIDO DE ORIGEN	BENIGNO	MALIGNO
Compuesto de un tipo de célula parenquimatosa. Origen mesenquimatoso		
a) Tejidos conjuntivos	-----	Sarcomas
- Fibroso	Fibroma	Fibrosarcoma
- Mixomatoso	Mixoma	Mixosarcoma
- Adiposo	Lipoma	Liposarcoma
- Cartilago	Condroma	Condrosarcoma
- Hueso	Osteoma	Osteosarcoma
b) Tejidos endoteliales	-----	-----
- Vasos sanguíneos	Hemangioma	Angiosarcoma
- Vasos linfáticos	Linfangioma	Linfangiosarcoma
- Mesotelio	-----	Mesotelioma
c) Células sanguíneas	-----	-----
- Células hematopoyéticas	-----	Leucemias
- Tejido linfoide	-----	Linfomas
d) Músculo	-----	-----
- Liso	Leiomioma	Leiomiosarcoma
- Estriado	Rabdomiomima	Rabdomiosarcoma

TEJIDO DE ORIGEN	BENIGNO	MALIGNO
Tumores de origen epitelial	-----	Carcinomas
a) Células escamosas	Papiloma	Carcinoma epidermoide
b) De glándulas	Adenomas	Adenocarcinoma
	Papiloma	Carcinoma papilar
	Cistoadenoma	Cistoadenocarcinoma
Neuroectodermo	Nevus	Melanoma
Epitelio renal	Adenoma renal	Carcinoma renal
Células hepáticas	Adenoma hepático	(hipernefroma)
Epitelio placentario	Mola hidatiforme	Carcinoma hepatocelular
Epitelio testicular	-----	Coriocarcinoma
		Seminoma
Tumores del tejido nervioso		
Glia	Glioma	Glioblastoma
Meninge	Meningioma	Meningiosarcoma
Vaina de Schwan	Schwanoma	Schwanoma maligno
Más de un tipo de célula neoplásica de un solo estrato germinal (tumores mixtos). Glándulas salivales	Tumor mixto	Tumor mixto maligno
Más de un tipo de células neoplásicas de más de un estrato germinal	Teratoma	Teratoma maligno

Otra clasificación para el diagnóstico, es la presencia en 5 niveles de los tumores según las posibilidades de percepción del médico. Para ello se toman como base dos aspectos determinantes: los niveles de localización y la concepción de agrupaciones o familias neoplásicas que presenten aspectos anatomoclínicos comunes e incluyen entidades con características biopatológicas similares. Ambas clasificaciones pueden integrarse si recordamos la estructura de los tejidos fundamentales que constituyen el cuerpo humano.

Por niveles de localización y por agrupamiento o familias tenemos:

Neoplasias del tegumento, nivel superficial o cutáneo:

Familia carcinoma

Familia adenocarcinoma

Familia Sarcoma

Neoplasia de las cavidades superficiales (cavidad bucal, nasal, laringe, ocular, vaginal y rectal)

Familia carcinoma

Familia adenocarcinoma

Neoplasias subtegumentarias (desde el esqueleto óseo hasta la grasa subcutánea)

Familia adenocarcinoma (tiroides, glándulas salivales)

Familia sarcoma

Familia linfomas

Familia neuroblastoma

Neoplasias de las cavidades internas:

Familia neuroblastoma (cerebro)

Familia carcinoma (esófago)

Familias carcinoma y adenocarcinoma (bronquios)

Familia carcinoma, linfoma y mixtos (mediastino)

Familias carcinoma, adenocarcinoma, linfoma y mixto (abdomen)

Con esta síntesis estamos en condiciones de hacer el diagnóstico presuntivo de un cáncer.

### **1.3.1 Metastatización**

La metastatización es un capítulo importante en el estudio de los tumores, ella es la pincelada distintiva entre los tumores benignos y los tumores malignos generalmente, decimos, porque existen excepciones (gliomas o los carcinomas basocelulares de la piel)

Pensamos que las metástasis y sus consecuencias son las manifestaciones finales y mortales de un enfermo canceroso ya que si el cáncer fuera un simple tumor y se reseca se facilitaría la curación; pero las metástasis o su precursora la embolización son capaces de crear un conflicto tumor- huésped que llevan a la muerte.

Para que exista una metástasis es necesaria la siembra tumoral separada del tumor primario por tejidos sanos. El carácter invasor de los cánceres permite que las células se introduzcan en vasos sanguíneos, vasos linfáticos y cavidades corporales, lo cual brinda ocasión para propagarse hasta que se detiene, se multiplica y desarrolla en un tejido u órgano.

Las vías de diseminación son:

- ◆ Implantación en las cavidades corporales.
- ◆ Trasplante o yatrogénica.
- ◆ Propagación linfática.
- ◆ Propagación hemática.

Siembra en cavidades. Introducción de las células neoplásicas en una cavidad natural. Podemos encontrarlas en las cavidades pleurales, peritoneal, pericardica.

Transplante o yatrogénica. Indica un transporte mecánico de fragmentos o células tumorales. Un mal manejo puede brindar esta vía poco frecuente.

Propagación linfática. Es la vía más frecuente de propagación inicial de los carcinomas, aunque los sarcomas también pueden producirlo. Es preciso tener presente en la terapéutica y en el seguimiento de todo paciente canceroso la afectación de los ganglios linfáticos que sigue la vía natural del drenaje.

Propagación hemática. Se toma como característica de los sarcomas, pero no es desconocido en los carcinomas. Las metástasis en hígado y pulmón se realizan por esta vía. No podemos olvidar que existe comunicación entre los vasos sanguíneos y vasos linfáticos, lo cual facilita el paso de las células tumorales de un sistema a otro y viceversa.

El ejemplo típico es el carcinoma de mama que frecuentemente comienza con una diseminación linfática con toma de los ganglios linfáticos axilares y después lleva a la muerte por la metástasis pulmonares y/o cerebrales.

### **1.3.2 Carcinogenesis**

Es un proceso evolutivo que tiene una serie de pasos sucesivos, donde se destaca la existencia de un largo período de latencia entre la exposición de un carcinógeno y el desarrollo de la neoplasia. Comprende una serie de fases en las que intervienen factores genéticos y medio ambientales.

Está definido que comprende tres etapas:

Iniciación: Ocurren alteraciones intracelulares, heredables e irreversibles.

Promoción: - Expresión reversible de la población iniciada.

- Alteración reversible de expresión genética.

Progresión: Establecimiento irreversible de lesión con capacidad de invasión.

Pero esta carcinogenesis se puede traducir en la historia natural de la enfermedad cancerosa en sus cuatro fases:

*Fase de inducción:* 15-30 años (iniciación)

Iniciación	➤	Asintomática
Promoción		

*Fase "in situ": 5-10 años (promoción)*

- Asintomática
- Diagnóstico precoz

*Fase de invasión: 1-5 años (progresión)*

- Sintomática

*Fase de diseminación: 1-5 años (progresión)*

- Sintomática
- Tratamiento paliativo

Podemos afirmar que, para la acción preventiva, son de gran importancia estos conocimientos científicos, pues ellos brindan la posibilidad al personal sanitario de actuar con mayor seguridad y sabiduría. Si el profesional conoce sabe que tiene entre 15 y 30 años para evitar la actuación de los factores de riesgo y de 5 a 10 , según los programas de diagnóstico precoz, para detectar la enfermedad. En las dos últimas fases es más corto el período de tiempo y, además, se acelera todo el proceso de la carcinogenesis hasta la muerte. Esto demuestra la importancia, la validez y base científica de los programas de detección precoz y las posibilidades de disminuir la incidencia y la mortalidad por cáncer.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Contran RS, Kumar V, Collins T. Neoplasia. En Su: Robbins: Patología Estructural y Funcional. 6 ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1999. P. 277-347.
2. Domínguez CM. Concepto de Salud y Enfermedad. En Su: Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: Editorial Salvat; 1988.p. 15-31.
3. Pfeiter JD, Wicla MR. Valoración Anatomopatológica de las Enfermedades Neoplásicas. En: Murphy Gp, Lawrence W, Leanhard RE. Oncología Clínica. Manual de la América Cancer Society. 2ed. Washington: OPS; 1996.p. 86-100.
4. Rigol Ricardo O, Pérez Carballás F, Perea Corral J, Fernández Sacasas J, Fernández Mirabal J. La Oncotica. En Su: Medicina General Integral. Ciudad Habana. : Editorial Ciencias Médicas; 1985.p. 139-162.
5. Marrinello Vidaurreta Z. El Diagnóstico Clínico del Cáncer. En Su: El Diagnóstico del Cáncer. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1190.p. 69-101.
6. Asociación Española Contra el Cáncer. Cáncer: Definición, Etiopatogenia y Prevención. En: Seminario de Formación en la Educación para la Salud. Madrid; 1997. P. 31-50.
7. Marrinello Vidaurreta Z. Las Familia Histológica Neoplasicas. En Su: Nociones y Reflexiones sobre el Cáncer. La Habana: Editorial Científica- Técnica; 1983.p. 38-48.
8. Valladares Y. Etiología y Epidemiología del Cáncer. Rev Esp Oncol 1985; 32: 741-55.
9. Tornamira MV, Colomer R. Etiología del Cáncer y Carcinogénesis. En: Cortes Funes, et al, editores. Oncología Médica. España. Grupo Aula Médica S.A.; 1999.p.17-25.
10. Feries J, García J, López JA. Carcinogénesis. Conceptos Básicos. Rev Radiología 1996; 38(6): 377-80.
11. Pfeiter JD, Wicla MR. Patologic Evaluation of Neoplasia Diseases. En: Leanhard RE, Osteen RT, Gansler T. Clinical Oncology (monograph in Cd-ROM) Atlanta. Gerogia; 2001.p.123-48.
12. Kohn Edise C, Liotta Lanne A. Invasiones y Metástasis. En: Fauci Anthony S, et al. Harrison: Pincipios de Medicina Interna. México. 14 Compañía Editorial Ultra S.A y C. V. 1998.p. 592-96

## **1.4 Algunas reflexiones sobre el “Tabú” a la palabra cáncer**

La determinación social del hombre no excluye la comprensión científica de lo biológico en su existencia y la relación indiscutible entre ambos. La esencia y la existencia humana sólo pueden explicarse en el marco social donde vive, así se puede valorar la actitud de cada individuo frente a los problemas de salud donde las ciencias médicas deben actuar para prevenir, curar y rehabilitar a ese ser humano portador y partícipe activo de las relaciones sociales.

De inicio las categorías de lo biológico y lo social deben ser vistas con un enfoque histórico–dialéctico con respecto al hombre y su salud. Por lo tanto al desear luchar contra el cáncer debemos tener en cuenta algunas consideraciones que nos permitan comprender el problema y reflexionar con luz larga para jugar el papel que corresponde a la salud pública cubana.

### **1.4.1 Algunos antecedentes históricos**

El cáncer es una enfermedad tan antigua como la vida misma y se puede encontrar en el reino animal y en el vegetal. Se han hallado restos fosilizados de algunos animales que vivieron muchos siglos atrás, como en el Pitecantropo erecto o en los dinosaurios, con huellas cancerígenas. También mediante métodos radiológicos se han observado signos de lesiones cancerosas en los huesos de momias egipcias que vivieron entre 1,500 a 3,000 a.n e.

La descripción de algunos procesos tumorales han quedado grabados indeleblemente a lo largo de la historia en los jeroglíficos y en los manuscritos desde los papiros egipcios (Papiro de Ebes) y en el Ramayana de la India, también en escritos de la antigua Grecia y Roma. Hipócrates, en la antigua Grecia, se interesó por el cáncer en el período entre 470 a 380 a.n.e.



### 1.4.2 Cáncer, palabra “tabú”

Cáncer es una palabra no científica que tiene varios significados, pero en la medicina se deriva de los términos latino y griego: cancrum y karkinos respectivamente, que significa cangrejo, vocablo utilizado por los médicos de la antigüedad al observar la similitud de los tumores malignos con este animal. Al observarlo en un corte de la mama se presentaba un núcleo central del cual emergió o crecen una serie de proyecciones o prolongaciones que infiltran el tejido graso y dar esta impresión. También esta palabra se usa en sentido figurado como un mal moral y lo tenemos presente en el cuarto signo del zodiaco que según como se presenta así es interpretado en bien o en mal.

*Significado de la palabra cáncer.*

Patología. Tumor maligno que destruye los tejidos.

Astronomía. Cuarto signo del zodiaco que aparentemente recorre el sol al comenzar el verano.

Figurado. Lo que devora una sociedad, una organización, etc.

A lo largo de la historia siempre hubo una enfermedad que para la gente tenía connotaciones mágicas, demoniaca o sagrado: en el tiempo de Hipócrates era la epilepsia; en la antigüedad, la lepra; en la Edad Media; la sífilis. En nuestros tiempos, era moderna, es el cáncer considerada una enfermedad “tabú,” es decir prohibida o restringida. Además de no gozar del halo romántico que en los principios de siglo tenía la “tuberculosis”.

Desde sus inicios el cáncer fue visto como un mal atribuido a dioses o demonios, contagioso y hereditario. El paciente portador de cáncer era rechazado por la sociedad. Ya con estos antecedentes podemos comprender el arraigo y el significado del vocablo en la sociedad y como se ha mantenido a través del desarrollo de la civilización hasta nuestros días.

Es una de las enfermedades con mayor impacto psicológico por el haz de malos augurios que trae su nombre, es vista como un presagio, no sólo de proceso doloroso y muerte, sino también de mutilación. Es bien conocido el miedo generalizado que el diagnóstico de cáncer y en no menor grado la propia palabra cáncer suscita en la población. El cáncer representa para muchos una imagen de soledad, abandono y desamparo. Un médico que ignore su naturaleza alegórico-simbólica (sentimientos y símbolos asociados en nuestra sociedad con la palabra cáncer y todo el folclore que le rodea) sería más técnico que un médico propiamente dicho.

Si existen tantas otras enfermedades tan mortíferas como el cáncer ¿Por qué no tienen esta odiosa reputación?

Probablemente por dos motivos:

- ◆ La mala fama a través de la historia de la humanidad que no ha podido ser desarraigado de la conciencia del hombre a pesar del desarrollo científico.
- ◆ Le tenemos miedo, porque todavía desconocemos su origen, aunque muchos aspectos nos conduzcan al optimismo.

El enfermo quiere saber la causa del cáncer y como no se le puede responder categóricamente tiene reacciones paranoides y necesita responsabilizar a alguien de lo que le sucede.

En nuestra civilización, nacida al amparo de la cultura judeo-cristiana, los misteriosos resultados de un sufrimiento personal tiende a quedar asociados con el castigo por transgresiones desconocidas (pecados). Esto proporciona una causa identificable, una razón también contribuye considerando su asociación con el pecado, a formar una de las bases para el estigma una manera especial de la persona, asociada con la desgracia, el reproche y la infamia. A pesar de los esfuerzos para educar a la población esta estigmatización se manifiesta hoy día de varias maneras. Nuestra población no es ajena a esta problemática.

Ligado durante siglos a la incurabilidad y a profundas alteraciones de la persona (física, sexuales, laborales, sociales, económicas y familiares) mencionar o sólo recordar la palabra o la posibilidad del cáncer provoca al individuo un impacto emocional de gran magnitud.

Todavía ayuda a tomar actitudes tabú las siguientes expresiones:

*Murió tras penosa, larga y terrible enfermedad.*

*Todos saben que se trata del cáncer no se usa la palabra pero se le da el sentido nefasto, dramático y tenebroso con mayor énfasis.*

*Uso indiscriminado de forma preyorativa.*

*El cáncer en la economía es la inflación.*

*El cáncer del mundo es el capitalismo.*

Es decir que todo mal moral que arraiga en la sociedad, se le pone la palabra “cáncer”; por qué no decimos la droga, la prostitución, la inflación, son el infarto, la neumonía o la cirrosis de la sociedad. Se debe sencillamente a que éstas no son enfermedades “tabú”.

La expresión tabú viene de las lenguas polinesias, en el siglo XVIII comenzó a utilizarse para identificar condiciones especiales en personas, objetos, lugares o comportamientos prohibidos de los miembros de la comunidad. Puede extrapolarse que señalados por el “tabú” los pacientes con cáncer fueron rechazados siempre por la sociedad. Además, este enfermo sufre la injusta y errónea utilización del sustantivo cáncer, recordemos que este vocablo significa lo peor, lo destructivo, lo nefasto.

No se debe usar el sustantivo cáncer en vano, puesto que se ofende grandemente a los pacientes, se decepciona a los sanos y se contribuye a mantener el tabú. El hombre de hoy es esclavo de una serie de eufemismos creados por la civilización, de la cual es artífice. Uno de ellos es la cancerofobia. Como vemos todas las acepciones que recibe el vocablo llevan a la población al horror ante este padecer. Con todos los significados que tiene esta palabra no podemos esperar un comportamiento un mejor de la población, cuando se habla de dicha enfermedad. Sin embargo, lo más traumático para el enfermo es que la sociedad califique el mal con el término "dolorosa enfermedad" pues ya lo predispone al sufrimiento, cuando precisamente, en un nódulo, la falta de dolor en sus inicios es lo más sospechoso de malignidad. El dolor tiene tanto poder que ante la falta de él, el paciente excluye el diagnóstico de cáncer, sin pensar que existe según la localización, y en estadios avanzados se identifica por el aislamiento y la soledad humana que se tejen alrededor de estos enfermos.

La palabra cáncer es un ejemplo triste del potencial afectivo como deformador de su auténtico significado. Admitimos que el cáncer es una enfermedad grave, con elevada mortalidad, mas existen otros padecimientos mencionados, con absoluta indiferencia, tan graves y tan frecuentes como él. El tabú y los mitos alrededor del cáncer son tan arraigados que es la única enfermedad donde se le niega la verdad a los pacientes, aquellos que son curados se desconocen por la población o se consideran diagnosticados erróneamente, por el contrario todo lo incurable o de evolución fatal se le atribuye al cáncer.

Con unas relaciones públicas tan poco constructivas y con la irreflexiva creencia de que curar es vivir eternamente, es lógico que la verdad se vea suplantada por el terror. Debemos recordar que la mortalidad humana es del 100%. Sería un alivio para el médico poder comunicar el diagnóstico al paciente, contribuiría a destruir el mito del cáncer y sería el camino correcto para evitar la cancerofobia.

El enfermo y la familia han tratado históricamente de ocultar la verdad como si fuera un estigma, para bien- ha ido cambiando, en los países anglosajón se comunica la noticia y en algunos latinos se da cierta información, no obstante, para ello hace falta el entrenamiento y conocimiento suficiente en la relación médico-paciente, con la confianza suficiente para dar la noticia y que no nos gusta dar, explicarle al paciente lo necesario y lo que desea saber sin prejuicios. El médico debe saber como dar esta información, a quien tiene como paciente, sus características, su personalidad, antecedentes, edad, sexo, tipo de tumor,

tratamiento, posibilidad de curación, pronóstico y buscar como objetivo la participación activa del paciente en su problema.

### **1.4.3 Desarrollo científico**

Hemos llegado a este siglo con un gran desarrollo científico, más acelerado en los últimos años gracias a los productos citostáticos que aumentaron la supervivencia y ayudan a la cura de muchos pacientes. El advenimiento de nuevos equipos de radiaciones ionizantes con mayor potencia y exactitud en el uso anticanceroso, ha completado el uso de técnicas quirúrgicas menos mutilantes y agresivas en los estadíos iniciales de la enfermedad, que es cuando se logran los mejores porcentajes de curación, de alta supervivencia y mejor calidad de vida. Además la biología ha sido un vehículo ideal donde han viajado los nuevos aportes en el estudio del cáncer, en las transformaciones moleculares y celulares desde las células normales a las células malignas y a su vez han ampliado el espectro para un mejor control de la enfermedad.

La epidemiología con sus estudios e investigaciones ha reportado importantes datos a la etiología del cáncer. El enfermo canceroso bien estudiado puede prolongar su vida con calidad y dignidad, ya que la farmacología también con sus aportes posibilita eliminar el dolor en los estadíos avanzados y por lo tanto con menos sufrimientos. La psicología especializada en estos pacientes es decir la psico-oncología viene a ocupar un importante espacio para los enfermos y familiares englobando las necesidades y perspectivas en el estudio y apoyo a esta patología. En fin cada especialidad médica, cada ciencia médica y cada científico ha dedicado su abnegación, sacrificio y amor a la lucha contra el cáncer, hemos mencionado sólo los más significativos.

Se señala que el aumento del cáncer en el mundo y en específico de nuestro país se debe: Incremento de la esperanza de vida con la cual las personas llegan a vivir más años y estamos expuestos más años a los cancerígenos.

Aumento de la adicción de fumar (su eliminación disminuye en un 30% la mortalidad por cáncer.

Se mantienen las dietas ricas en grasas.

Aumento de las infecciones genitales en los jóvenes con especial atención al SIDA.

Disminución de las enfermedades transmisibles.

Mejor diagnóstico de los cánceres.

Tenemos el derecho a decir, no es que hay más cánceres si no que es mayor la cantidad de personas que llegan a la edad de su cáncer, son muchos años expuestos a los factores del

medio ambiente que nos rodea, ya que está demostrado que el 80% de los cánceres se deben a estas causas y sólo el 20% son de causa endógenas, como acción genética, degenerativa, etc.

Factor importante en toda esta problemática es el médico, su actualización y pensamiento oncológico frente a una lesión que pudiera ser un cáncer, su alto sentido de responsabilidad y sensibilidad por lograr una alta atención médica en la relación con el paciente, adecuada la comunicación y la confianza que crea el rapport necesario para conocer el paciente y eliminación del bloqueo psicológico y así evitar acciones absurdas, dudas y criterios que perjudican y no ayudan.

Al realizar la historia natural del cáncer comprendemos mejor la necesidad de la prevención del cáncer. Si actualmente se capta el inicio de un cambio social se debe en buena parte a la repetida difusión de cuatro conceptos básicos.

*El cáncer es prevenible*

*El cáncer debe diagnosticarse y tratarse cuanto antes.*

*El cáncer se cura con un diagnóstico precoz y una terapéutica adecuada.*

*El cáncer es curable.*

El cáncer vivenciado como tabú, incide en que muchas actitudes básicas en la prevención y la curación se eche en un saco roto. Los pacientes con cáncer disminuyen las posibilidades actuales de curación por la influencia del tabú ancestral y la cancerofobia. Entre todos debemos erradicar la oscuridad (tabú) y llevar el cáncer a plena luz enfrentándolo como lo que es una enfermedad prevenible y curable con la cooperación de todos. El sobredimensionamiento del diagnóstico cáncer y la actitud fatalista, deben quedar atrás y entrar con una mente acorde con el desarrollo científico actual de acuerdo a nuestro desarrollo social y cultural y en general en la cultura de la salud con un alto nivel escolar y donde la población participa activamente en las acciones de salud.

La estigmatización del cáncer como problema socio-cultural se mantiene, pero en lucha con las realidades que se abren paso en el transcurso de los años en lucha larga y tenaz contra tantos prejuicios y oscurantismo.

Es evidente que la estigmatización del cáncer afecta por igual a profesionales de la salud y a pacientes. A pesar de una mejor información actual sobre esta enfermedad no están preparados para enfrentar la situación de cómo decir el diagnóstico de cáncer al paciente y aún muchos pacientes prefieren no conocer la verdad sobre el mismo, siendo la familia la encargada de manejar las acciones propias de la relación médico paciente.

La mejoría en la gestión de la información suministrada al paciente ha repercutido en una mayor adhesión a los estudios clínicos, que de alguna manera también ha ayudado a mejorar los períodos de supervivencias y manteniendo un buen control de síntomas.

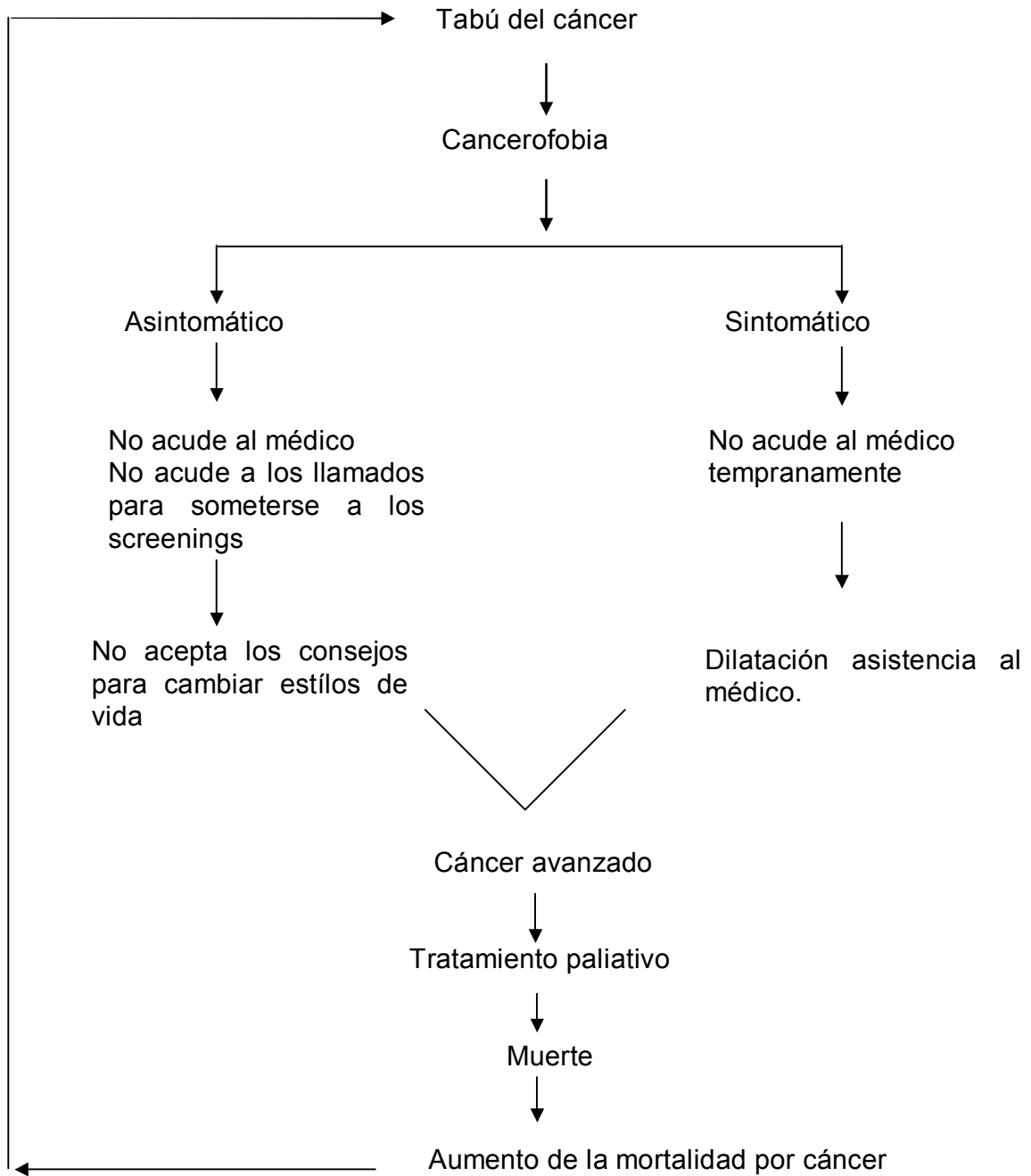
El rechazo para eliminar los factores de riesgo, el rechazo para acudir a los llamados para realizarse las pruebas de despistaje y el rechazo para acudir al médico frente a cualquier lesión o cambio en su organismo debe de desaparecer.

De ahí, que sea importante dirigir acciones de salud que modifiquen los aspectos afectivos de las creencias sobre esta enfermedad, así como eliminar la actitud pasiva sobre la misma. En nuestro país se tiene extrema confianza en el sector salud y se comprende que la participación del pueblo en la solución de sus problemas de salud es imprescindible.

Por lo anterior la educación en los aspectos del cáncer de la población y una cultura acorde con el propio desarrollo del país, tanto científico como educacional, crea las mejores condiciones de enfrentar en este nuevo siglo la lucha contra el cáncer con argumentos sólidos para que el cáncer deje de ser la enfermedad tabú del siglo XX para convertirse en una enfermedad curable del siglo XXI.

En la figura 1 planteamos la consecuencia del “tabú” a la palabra cáncer en la sociedad y como conspira contra la salud a la población y mantener esta patología entre la de mayor morbilidad y mortalidad creando un círculo vicioso perjudicial en nuestra labor de promoción,

FIGURA 1



**BIBLIOGRAFÍA**

1. Aguiar Morales J, Bohn Sarmiento V. El Cáncer. Epidemiología y Etiología. En: Gómez Sancho M. Cuidados Paliativos: Atención Integral al Enfermo Terminal. Canarias: ICEPSS; 1998.p.91-100.
2. Gómez Sancho M. ¿Cómo Dar las Malas Noticias en Medicina?. Análisis del Problema. En Su; Cuidados Paliativos: Atención Integral al Enfermo Terminal. Canarias: ICEPSS: 1998.p.701-716.
3. Gómez Sancho M. Introducción. En Su: ¿Cómo dar las Malas Noticias en Medicina?. Madrid: Grupo Aula Médicas S.A.; 1996.p.1-6.
4. Lage A, Caraballoso M, Azcue M. Las Posibilidades de Reducción de la Mortalidad por cáncer en Cuba: Análisis para un Programa Nacional. Rev Cub Oncol 1987; 3(2): 101-130.
5. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Control de Cáncer. MINSAP; 1994.
6. Marinello Vidaurreta Z. Historia. En Su: Nociones y Reflexiones Sobre el Cáncer C. Habana. Editorial Científico Técnico; 1983.p.5-14.
7. Camacho Rodríguez R. Necesidad de los Programas de Control de Cáncer. MINSAP; 2000.
8. Carreras Ruíz O. Cáncer. Autoayuda. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 1996.p. 76-81.
9. Estape J. Cáncer: Un "Tabú" Decreciente. Neoplasia 1998; 15(3): 75-6.
10. Soriano García JL, Novat Soto T, Arrebola Suárez JA, Fleites González G. Algunas Consideraciones Éticas en Torno al Cáncer. En: Acosta Sariego JR, editor. Bioética. desde una Perspectiva Cubana. La Habana: Centro Félix Varela; 1997.p. 165-172.
11. Belhan Ortega A. Descentralizar la Lucha contra el Cáncer. Revista IC y T. Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología. México; 1993: 9-11.
12. Valladares Y. Etiología y Epidemiología del Cáncer. Rev Esp Oncología 1985; 32: 741-55.
13. González Baron M, et al. Oncología Médica. Su Relación con el Médico de Cabecera, Perspectiva Histórica. En Su: Oncología Médica. Madrid: Interamericana- McGraw-Hill; 1992.p. 2-12.
14. Roldan Hernández E. Las Creencias Populares: Cáncer. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 1988.p.29-36.



15. Gandana I, Zamora P, González B. Aspectos Psicosociales del Paciente Neoplásico. La Rehabilitación. En: González Baron M, Ordoñez García de Parados ML, Feliu JZ. Oncología Clínica. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1992.p.614-621.
16. Coperios ME. Nuevas Armas Contra el Cáncer. Rev Muy Interesante. Méjico 1993; Año XI (2): 5-18.
17. Simone JV. Introducción. Causas y Prevención. En: Bennett CN, Plum F, editores Cecil. Tratado de Medicina Interna. 20 ed. La Habana; Editorial Ciencias Medicas; 1998.p. 1153-1954.
18. Maurie MJ, Spiegel L, Lederberg MS, Holland JC. Complicaciones Psiquiátricas de los Pacientes con Cáncer. En: Murphy Gerald P, Lawrence Walter, Lenhard Raymond E, editores Oncología Clínica 2 ed. Washington: OPS; 1996.p. 768-783.
19. Mulens Napolés B, Torres Babie P, Gutierrez A, García Jordan M, Propero R. Conocimiento de diagnóstico en pacientes con cáncer antes de recibir tratamiento oncoespecífico. Rev Cub Onco\ 1997, z (16). 93-9.
20. Peris Tuser M. Prevención Primaria del Cáncer. En su Libro Blanco de la Oncología en España, Madrid: Federación Española de Sociedades Oncológicas, 2002. P. 38-56.
21. Carulla J. Optimización de recursos. En: I Simposio SEON de Cuidados Continuos en Oncología médica. Toledo 30 de septiembre – 1 de octubre 2004. Toledo. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004. P14-15.

## 1.5 La prevención del Cáncer

El objetivo de toda estrategia de prevención y control del cáncer debe consistir en prevenir la aparición de la enfermedad y disminuir la morbilidad y la mortalidad cuando la enfermedad no se ha podido evitar.

De entrada debemos saber que prevención es precaver, evitar, impedir. Prever daño o peligro. Se trata de las medidas directas que bloquean la enfermedad, la limitan o impiden el progreso de la misma en cualquier etapa de su historia natural.

Con frecuencia usamos el término profilaxis que es el conjunto de medidas curativas de una lesión existente para evitar otra de mayor consideración; además se llama preservación de las enfermedades.

El término detección proviene del inglés to detect, que significa detectar, descubrir; las equivalencias son: pesquisar, averiguar, indagar, investigar.

La American Cancer Society plantea las siguientes definiciones:

Detección precoz. Uso de pruebas en personas asintomáticas según una base individual.

Screening. Buscar el cáncer en grandes poblaciones asintomáticas según un programa masivo centralmente coordinado.

Diagnóstico. La utilización de pruebas en pacientes que tienen síntomas o signos sugestivos de cáncer.

La prevención debe estar encaminada a:

Educar a personas, familias y comunidades en la percepción del riesgo, para lograr su compromiso participativo en la modificación de los mismos.

Identificar factores de riesgos en personas, familias y comunidades para diseñar estrategias que permitan evitar la aparición de las enfermedades.

Lograr reducir los riesgos (gestión compensatoria) y detectar los peligros potenciales (gestión prospectiva).

Niveles de Prevención:

Primordial: Acciones de promoción relacionadas con los riesgos.

Primaria: Se centra en los factores que conducen a la aparición de la enfermedad.

Secundaria: Pretende detectar los procesos latentes y reducir o detectar su progresión.

Terciario: Reducir los problemas de salud y los factores de riesgos a partir de las personas enfermas y en riesgo de recaer, complicar, y evitar secuelas.

¿Qué es Riesgo?

Contingencia o proximidad de daño

Probabilidad de un hecho que dañe la salud ocurra.

Probabilidad de que una persona libre de enfermedad concreta la desarrolle tempranamente.

Probabilidad de aparición de un evento, daño o enfermedad que puede ser medible.

Factores de Riesgo: Cualquier condición social, económica, biológica, condicional o del ambiente, que esta asociada con un incremento a la susceptibilidad de desarrollar una enfermedad determinada, puede ser o no modificable pero siempre controlable.

La disciplina de la medicina preventiva enseña que la historia natural de la enfermedad, desde sus inicios hasta la muerte puede interrumpirse en tres ocasiones principales; según el nivel de actuación previniendo así el deterioro progresivo de un estadio al siguiente más grave a lo cual le llamamos prevención primaria (pre-patogénica). Es decir reducimos la incidencia del cáncer en la población.

Estos esfuerzos de primera línea promueven los estilos de vida sanos de la población general y reducen la exposición a los peligros ambientales, evitando así por completo el desarrollo del cáncer.

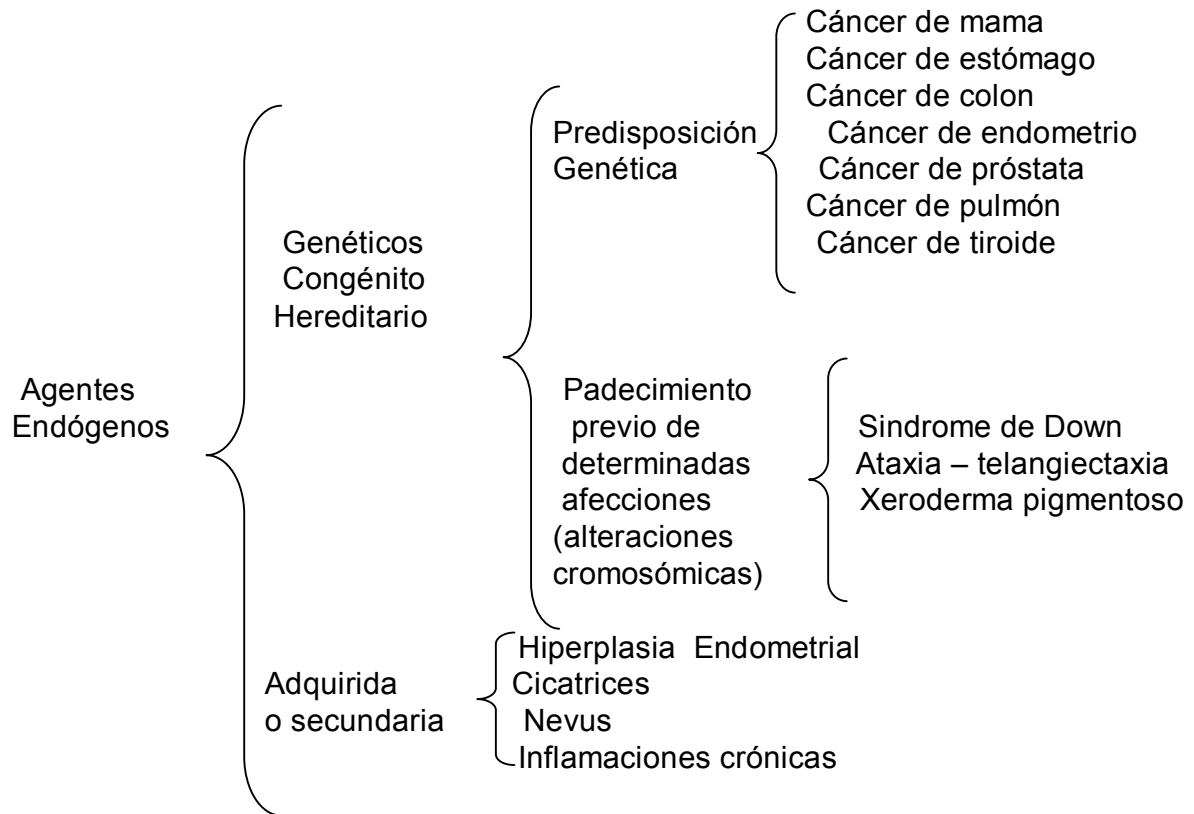
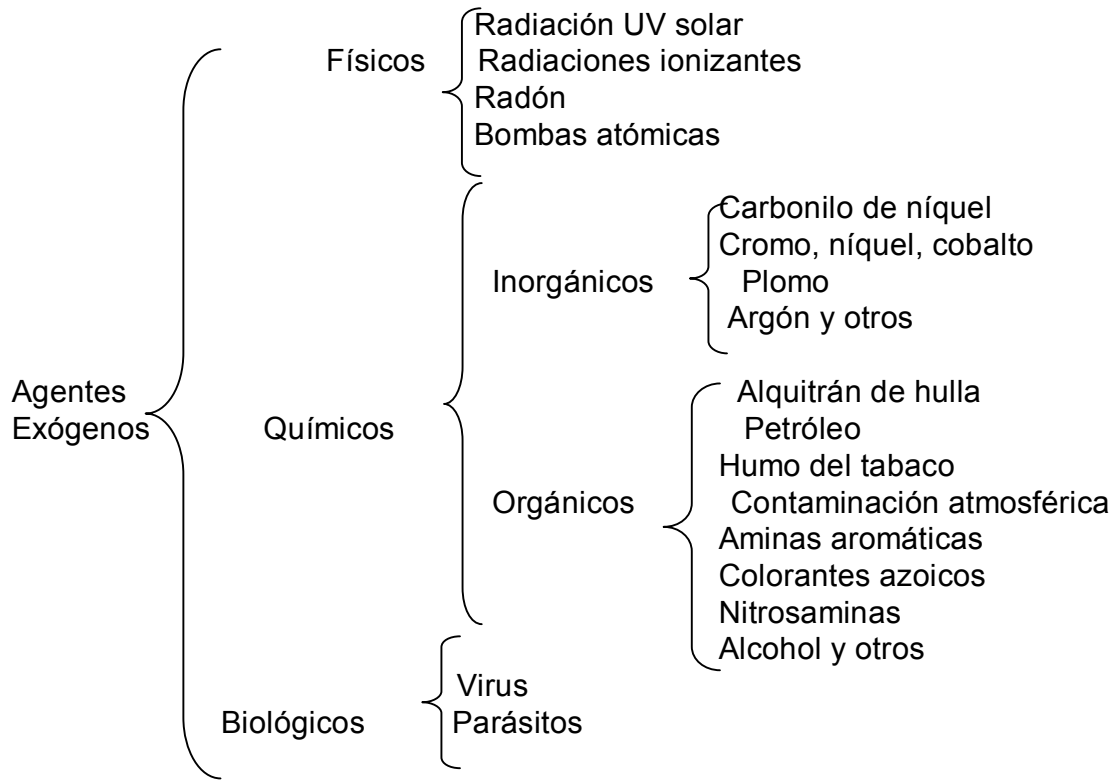
La prevención secundaria (patogénica subclínica) aplicada al cáncer implica el reconocimiento sistemático y la detección precoz para identificarlo y tratarlo tempranamente; es decir detener o retardar el progreso de la enfermedad, con lo cual se podrá lograr mejores perspectivas de curación y supervivencia.

La prevención terciaria (clínico) se refiere al tratamiento correcto, establecido y demostrado científicamente para evitar las complicaciones clínicas y las recidivas, además para promover una rehabilitación más rápida, limitando la discapacidad y lograr una mejor calidad de vida.

En general trataremos de abarcar aquellos aspectos demostrados y que tienen relación con el estilo de vida del ser humano y que se caracterizan por los comportamientos de riesgo puedan poner en peligro la salud y aquellas acciones que las personas llevan a cabo para defenderse de las enfermedades y secuelas.

Las conductas y los hábitos que caracterizan el estilo de vida de una persona necesitan ser analizados y rectificados si están equivocados como aspiración de la promoción de salud y que resultan un reto para la ciencia.

Para una clasificación de factores de riesgo exógenos (75 a 80 %) y factor de riesgo endógeno 20 a 25 % existen criterios, trataremos de dar la base para una agrupación sencilla y entendible.



Nos vamos a detener en los aspectos epidemiológicos que más interesan en la atención primaria. La relación causal en Epidemiología trata de uno o varios factores de riesgo y de su asociación con un efecto, sin olvidar que un solo factor de riesgo puede desencadenar efectos diferentes. Un factor de riesgo o factor de exposición es algún fenómeno de naturaleza física, química, biológica, psicológica o social que afecta al genotipo, el fenotipo o alguna enfermedad anterior al efecto que se está estudiando, que por la variabilidad de su presencia o ausencia está relacionada con la enfermedad investigada o puede ser la causa de su aparición.

Los factores de riesgo son eventos o fenómenos de cualquier naturaleza a los cuales se expone el individuo en su ambiente cuya consecuencia puede ser la producción de una enfermedad. Se puede considerar al ambiente del individuo como compuesto por dos dimensiones, la externa o social y la interna, biológica y psicológica.

Por lo tanto se puede hablar de dos tipos de factores de riesgo:

Factores de riesgo del ambiente externo (considerado como asociado con la enfermedad).

Factor de riesgo del ambiente interno (pueden ser considerados como predictores de una enfermedad).

La eliminación de un factor de riesgo puede ser seguida de una disminución de frecuencia de una enfermedad. Los factores de riesgo están localizados en individuos, familias, comunidades y ambientes, pero cuando se interrelacionan aumentamos los efectos aislados y pueden ser específicos para uno o varios daños, ejemplos:

Alcoholismo y suicidio.

Varios factores de riesgo que pueden incidir en un mismo daño tal como la cardiopatía isquémica son: obesidad, sedentarismo, y hábito de fumar.

En la sociedad puede ser en las comunidades, familias o individuos con mayor probabilidad de enfermar o morir que otros.

Por su parte cada individuo como integrante de la sociedad tendrá su modo de vida propia que será su estilo de vida que representa su carácter activo, la actividad regulada por la psiquis producto del modo de vida. El personal de la salud tiene pues la misión de influir en pro de modos y estilos de vidas favorables a la conservación de la salud, deteniendo o contrarrestando el movimiento y la consecuente influencia negativa de los factores de riesgo. Cuando hablamos de promoción de salud y prevención de enfermedades estamos estimulando el desarrollo de actitudes en contra de los factores de riesgo para que su influencia cuantitativa no se convierta en una nueva cualidad negativa.

Cuando hablamos de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno estamos tratando de reconocer y controlar los daños causados por los factores de riesgo antes que los recursos del organismo y la ciencia médica sea incapaz de lograrlo. Conocer los factores de riesgo es bandera de lucha en la prevención.

**Asociación de Riesgo:** Es el agrupamiento de varios factores de riesgo que concomitan o coinciden en una persona y/o familia y que clínicamente significativa dado su efecto sinérgico sobre el riesgo de enfermar o producir daño a la salud.

Los profesionales de la salud deben valorar el riesgo global sin centrarse solo en algunos factores; se debe aplicar el enfoque multicausa al interpretar un problema de salud.

En la prevención primaria las principales líneas de actuar son:

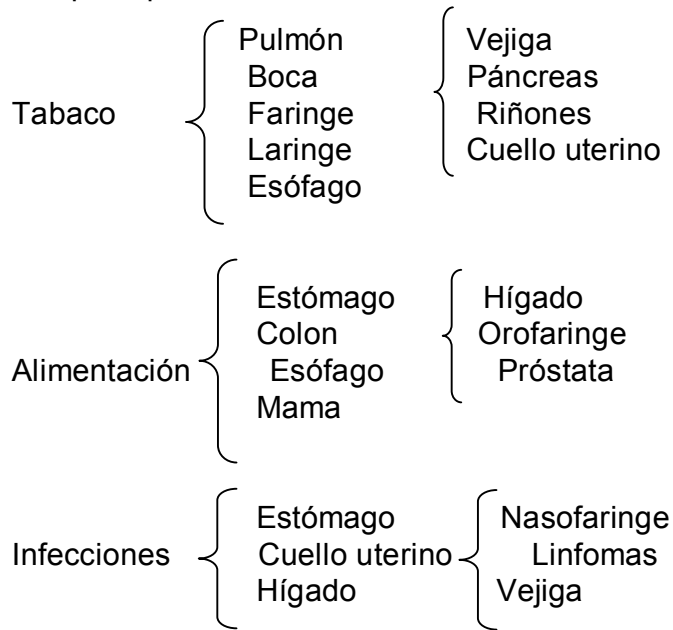
*Control de los carcinógenos ambientales (consumo del tabaco)*

*Modificación de hábitos personales relacionados con ciertos tipos de cánceres (alimentación, hábitos sexuales)*

*Identificación de personas con alto riesgo de desarrollar cáncer (educación)*

Hay tres elementos fundamentales relacionados con el desarrollo de un cáncer. La OMS considera que los diez millones de pacientes que se diagnostican anualmente en el mundo tres millones enferman por el consumo del tabaco, otros tres millones debido a la alimentación y 1.5 millones a infecciones.

Las principales localizaciones son:



Recordar siempre que el elemento carcinógeno más importante es el comportamiento irresponsable del ser humano.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. OMS. Programas Nacionales de Lucha Contra el Cáncer. Directrices sobre Política y Gestión. Ginebra; 1995.p.13-19.
2. Asociación Española contra el Cáncer. Cáncer: Definición, Etiopatogenia y Prevención. En: Seminario de Formación en la Educación para la Salud. Madrid; 1997.p.31-50.
3. Weisburger JH, William GM. Prevención del Cáncer. En: Murphy GP, Lawrence W, Lenhard RE. Oncología Clínica. Manual de la América Cáncer Society 2er. Washington: OPS; 1996.p.45-73.
4. Domínguez Carmen M. Concepto de Salud y Enfermedad. En Su: Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: Editorial Salvat; 1988.p.15-31.
5. Suárez Fernández JM. Prevención, Profilaxis y Diagnóstico Precoz del Carcinoma de la Mama. C Habana: Editorial Científico-Técnica; 1990.p.7-14.
6. Senado Dumoy J. Los Factores de Riesgo. Rev Cub Med. Gen. Integral 1999; 15 (4): 446-452.
7. Senado Dumoy J. Los Factores de Riesgo en el Proceso Salud Enfermedad. Rev Cub Med. Gen. Integral 1999; 15 (4): 453-460.
8. Bosch FX, Borrás JM, Moreno V, Borrás J, Viladiu P. Epidemiología del Cáncer Humano En: Cortes-Funes, et al, editores. Oncología Médica. Madrid: Grupo Aula Médica, S.A.; 1999.p.271-284.
9. Bosch FX, Borrás JM, Moreno V, Borrás J, Viladiu P. Prevención y Diagnóstico Precoz del Cáncer En: Cortes-Funes, et al, editores. Oncología Médica. Madrid: Grupo Aula Médica, S.A.; 1999.p.285-295.
10. Alberola V. Futuro de la Oncología Médica. Editorial. Neoplasia 1998; 5(4): 15-17.
11. Goldberg Marcel. La Epidemiología sin Esfuerzo. España: Ediciones Díaz de Santos. A; 1994.
12. Espinosa Brito A. Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles. Aspectos Conceptuales. Taller Nacional de Vigilancia de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles. MINSAP; 1997.
13. Bravo MP. Epidemiología del Cáncer. En: González Barón M, Ordoñez A, García de Paredes ML, Feliu J, Zamora P. Oncología Clínica. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1992.p.79-102.
14. Bryar DP, Freedman LS. The Importance and Nature of Cancer Prevention Trial. Seminars in Oncology. 1990; 17(4): 413-24.



15. Grit ER, DiMateo RM, Hays RD. Methodological Issue in Adherence to Cáncer Control Regimens. *Preventive Medicine* 1989; 18: 711-20.
16. Sánchez Santos L, Cruz Álvarez N, Amaro Cano MC, Barriuso AA. Determinantes de la Salud y Factores de Riesgo. En *Su: Introducción a la Medicina General Integral*. C Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1999. P. 62-72.
17. Constanza ME, Li Frederick P, Finn L M, Prout M N, Marks, Bal D. Cáncer Prevention. Strategies for Practice. En: Lenhard R E, Osteen R T, Gansler T. *Clinical Oncology*. (monograph) in CD-ROM). Atlanta. Georgia; 2001: 55-74.
18. Bal Dilee PG, Nixon Daniel W, Foerster S, Brownson R C. Prevención del Cáncer. En: Murphy G P, Laurence W, Lenhard R E. Editores *Oncología Clínica. Manual de la American Cancer Society*. 2 ed. Washington: OPS; 1996.p.45-73.
19. Sime Joseph V. Introducción. *Oncología*. En: Bennet Claude J, Plis F. *Cecil Tratado de Medicina Interna*. 20 ed. C Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1998.p.1153-1158.

## **1.6 Orientaciones para la Promoción sobre el Cáncer.**

Tradicionalmente la práctica médica ha estado orientada a curar la enfermedad una vez diagnosticada y a las posibilidades de tratamiento y curación de numerosas enfermedades. Sin embargo en la actualidad conocemos que a pesar del énfasis puesto en el desarrollo tecnológico de la medicina esto no ha asegurado la conquista de la salud. El fascinante atractivo de la alta tecnología ha propiciado en muchos casos el déficit en el desarrollo del autocuidado, en la creencia de que hospitales y doctores curarían nuestras enfermedades aunque también es cierto que necesitamos la ciencia y su desarrollo además de la investigación la cual puede ayudarnos a comprender y mantenernos sanos.

En la última década se ha precipitado un cambio en la actitud de la población con respecto a la salud y a la enfermedad, ya que hay una toma de conciencia por parte del individuo sobre la relación entre el estilo de vida y entidades.

La promoción de Salud es una estrategia de intervención gubernamental, intersectorial y comunitaria que busca la modificación de las condiciones sociales, ambientales, económicas, hábitos y estilos de vida mediante empoderamiento de las personas, grupos, familias y comunidades para mejorar el estado de salud y la calidad de vida.

La Educación para la Salud es un instrumento de la promoción de la Salud que facilita:

Cambios de comportamientos hacia conductas saludables.

Modificar los factores de riesgos.

Entre los aspectos más importante está:

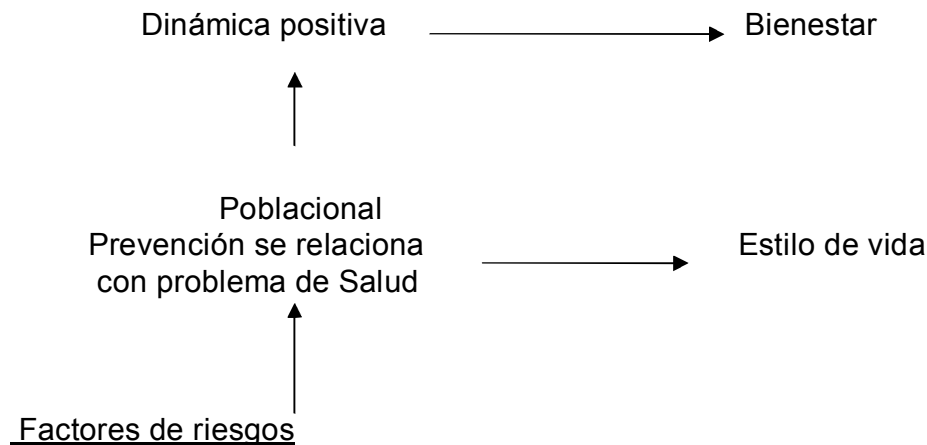
Supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales.

Aborda la trasmisión de información pero también fomenta la motivación, las habilidades personales y la autoestima.

El Equipo Básico de Salud, debe de actuar de forma continua y sistemática en las acciones educativas, dirigida a fomentar estilo de vida sanos en las personas y familias de su comunidad.

Distinción entre la promoción de la salud y la prevención.

Promoción se inserta al interior:



La promoción y la prevención de la salud tiene características distintas y puntos de convergencia, son procesos complementarios y no opuestos.

En las enfermedades cancerosas, dada la importancia que tienen estos elementos como factores etiológicos de los cánceres más frecuentes, se han puesto en marcha numerosas estrategias para favorecer la salud. El cáncer, por su naturaleza, hace que la educación del público se convierta en un instrumento esencial en la lucha contra esta enfermedad; por tanto la labor educativa debe ir encaminada a la prevención y el diagnóstico temprano.

Los Equipos Básicos de Familia desempeñan un papel importantísimo en la promoción, ya que en su quehacer diario están en contacto con un amplio sector de personas lo cual ofrece una valiosa fuente de conocimientos para poner en marcha programas y acciones de educación contra el cáncer. Por otra parte tienen acceso continuo y directo a la población que atiende lo que no sólo asegura la eficacia de las acciones preventivas, sino también su continuidad en el tiempo. Por todo lo anterior se ha ce necesario orientar a este profesional en dos aspectos fundamentales:

*¿Cómo hacer el trabajo de promoción?*

*¿Cómo transmitir el mensaje de salud para lograr una respuesta conductual positiva ante el problema?*

En primer lugar debemos tener en cuenta que los mensajes a transmitir sean válidos, que la acción esté encaminada a garantizar la comprensión y el recuerdo de dichos mensajes y por

último aumentar la probabilidad de que las personas sigan las recomendaciones de los mensajes.

*Características de una información válida:*

**Personalidad.** Significa utilizar si es posible el nombre de la persona a la que va dirigida el mensaje y utilizar los pronombres personales de Tú y Usted. De esta forma facilitamos que el sujeto identifique el mensaje como su problema y por tanto se sienta implicado en su solución.

**Claridad.** Palabras y frases sencillas.

**Concisión.** No abrumar a los receptores con demasiada información porque llega un momento en el que deja de asimilar lo que se le dice. A mayor cantidad de información más cantidad de olvido.

**Veraz.** Que responda a datos documentados sin tergiversaciones ni interpretaciones por parte del transmisor de la información.

**Neutral.** En nuestro trabajo como agente de salud es importante comprender que las personas siempre tienen motivos para comportarse o sentirse como se sienten; juzgar sus actitudes, sentimientos y comportamientos, únicamente, facilitará el rechazo. De esta forma los mensajes no serán escuchados ni adoptados.

**Completa.** Ofrecer todas las especificaciones necesarias para la comprensión del problema.

**Comprensible.** Hacer que el lenguaje y terminología usada sea conocida por el receptor.

**Positiva.** Se hace más eficaz hablar y motivar a los pacientes a través de mensajes positivos.

**Optimista.** El objetivo de la información no es asustar a la población sino motivar a la adopción de comportamientos que mejoren sus niveles de salud.

Para transmitir una información se distinguen dos métodos:

Métodos Directos

Métodos Indirectos

El *Método Directo* es cuando se establece un contacto directo entre el agente de salud y el receptor. Se utiliza la palabra hablada lo cual lo convierte en la vía más efectiva de educación. Pueden utilizar además, complementos, como pizarras, diapositivas, etc.

El contacto directo permite la aclaración de dudas o problemas que pueden tener o surgir en el receptor, cuanto más estrecha sea la relación entre este último y el agente de salud mayor será la eficacia del método y será utilizado cuando el objetivo sea modificar, eliminar o implantar un nuevo comportamiento. La discusión en grupo o dinámicas grupales, el

coloquio tras una conferencia y el diálogo que se establece en la entrevista médico-paciente son ejemplos de comunicación interactiva.

En *Método Indirecto* se utiliza la palabra hablada o escrita pero utilizando los medios de comunicación de masas, por tanto, no va a existir reflujo entre el comunicador y los receptores. Estos medios son fundamentalmente de tres órdenes:

Visuales (carteles, folletos, periódicos, revistas)

Sonoros (radio)

Mixtos audiovisuales (cine, vídeo, televisión)

Cuando nuestro objetivo es tratar de ofrecer o sensibilizar sobre una determinada problemática estos métodos son más eficaces. El grupo o colectivo receptor hace muy poco o ningún esfuerzo para recibir el mensaje, lo cual resta eficacia.

Causas por las que puede fallar la comunicación

Entendamos por barreras todo aquello que dificulta la percepción, captación, interpretación y comprensión del lenguaje. Se han evidenciado en numerosos estudios empíricos que en las barreras hay tres factores implicados que se oponen a la buena comunicación: fallo en proporcionar una consulta que satisfaga al paciente, fallo del paciente en comprender lo que se le dice y fallo del paciente en recordar lo que le dicen.

1. Fallo en proporcionar una consulta que satisfaga al paciente.

Es importante que los pacientes salgan satisfechos de las consultas por la relación que existe entre estos aspectos y que el paciente siga los consejos a las indicaciones prescritas por el médico es sumamente alta.

TABLA 5. CONDUCTAS QUE SATISFACEN O NO AL PACIENTE

Conducta que no satisface al paciente	Conducta que satisface al paciente
Actitud demasiado profesional (Distanciamiento)	Adoptar una actitud amistosa.
Falta de atención o escucha	Actitud de atención y escucha activa
Desinterés por preocupaciones y expectativas	Indagar sobre las preocupaciones y conocer las expectativas que tiene el paciente
No ofrecer información	Ofrecer información del diagnóstico y las causas de la enfermedad
Utilizar terminología técnica	Evitar terminología técnica.
Incongruencias entre el mensaje verbal y no verbal	Cuidar los gestos, la actitud corporal la mirada y el movimiento de los brazos y manos
Tendencia a juzgar al receptor	No juzgar al paciente ni hacer preguntas de reproche
Evitar declaraciones del tipo “deberías”	Utilizar siempre una declaración de deseo
Actitud irrespetuosa con el paciente	Actitud respetuosa con el paciente
No asegurarse de que ha existido la retroalimentación o feedback	Comprobar si el paciente ha entendido lo que queremos decir

## 2. Fallo del paciente en comprender lo que se le dice

Si el paciente no entiende lo que médico le dice. Se supone que esto se deba a estas causas fundamentales:

Los profesionales en ocasiones utilizan términos propios de su argot profesional. La adopción de una actitud amistosa y un lenguaje asequible facilita la petición de información de lo que no se ha entendido.

Los pacientes poseen, a veces, fallas de conocimiento.

En ocasiones tienen creencias y conceptos erróneos.

Existen pacientes con estereotipos y prejuicios los cuales son juicios de valor que se hacen sobre la persona, cosa e idea.

La creencia es el determinante directo de la actitud y es la representación mental que el individuo tiene hacia algo. En el caso de la educación para la salud las que tienen mayor

peso se refieren a las creencias sobre el control de salud y es el constructo que reflejan las expectativas relativas a las influencias específicas que determina la salud personal.

Existen quienes creen que su salud está determinada por un control externo lo cual estaría dado por la suerte, el azar, el destino, la familia, los médicos y las que lo adjudican a un control interno que son las que creen que pueden influir y modificar su estado de salud y sus consecuencias. Por tanto a mayor control interno habrá mayor probabilidad de cambio. Conocer el grado de dominio percibido sobre la salud es de suma importancia ya que va a determinar la adhesión al mensaje sanitario.

Las creencias sobre la enfermedad también han sido consideradas como estímulos antecedentes de la conducta de salud y fundamentalmente se refieren a dos tipos de expectativas:

La probabilidad percibida por el individuo de su susceptibilidad a la enfermedad particular de que se trate a esto se le llama vulnerabilidad percibida.

La percepción de la probable gravedad de las consecuencias (orgánicas y/o sociales de contraer tal enfermedad.

Cuanto mayor sea la vulnerabilidad percibida y la percepción de la gravedad, mayor será la probabilidad de que se realice la acción de salud recomendada.

#### *¿Cómo modificar las creencias?*

Se modifican las creencias al ofrecer información a través del diálogo, la indagación, el consejo, y el modelado de figuras representativas.

El componente actitudinal y los sentimientos se pueden modificar con más afecto, por medio de la comunicación, cordialidad, empatía y aceptación.

La intención conductual se puede variar con más acción, por medio de la cooperación el intercambio, el entrenamiento y el refuerzo.

Es importante para esto que el médico conozca la comunidad en la que va a intervenir para determinar los conocimientos que poseen sobre el problema de salud en cuestión. Este se da con el objetivo de determinar el nivel de información y conocimientos que poseen, los comportamientos sanos e insanos que exhiben, los factores de riesgo a los que están expuestos y los recursos sanitarios con los que cuenta la comunidad. Los agentes de salud deben ser capaces de motivar a la población para que se auto responsabilicen con su cuidado y modifiquen sus comportamientos.

#### 3. Fallo del paciente en recordar lo que le dicen

Los pacientes, independientemente del coeficiente de inteligencia que posean, olvidan más cuanto más información se les proporciona, los que tienen algunos conocimientos de

medicina recuerdan más que los que no tienen. La edad no influye de manera determinante en el proceso de memoria pero; en términos generales, los pacientes mayores recuerdan menos la información suministrada. El médico debe esperar que al paciente no se le olvide nada cuando sólo se le ofrecen dos recomendaciones. Si se le presentan cuatro puntos se le olvidará uno, dos si la información consta de seis puntos y si la información consta de ocho o más cuestiones, lo más probable es que se le olvide la mitad.

Estrategias para facilitar la comprensión y el recuerdo

*Las variables que intervienen en lo que será recordado son:*

Naturaleza de la información: Se olvida más pronto un consejo que otro tipo de información.

Posición de declaración: Los pacientes recuerdan más lo que se les dice primero.

Percepción de la importancia de la información: Los pacientes recuerdan mejor aquello que consideran más importante.

*Métodos eficaces para aumentar el recuerdo de las instrucciones dadas:*

Entregar por escrito instrucciones, sugerencias o consejos.

Enfatizar en la importancia de las mismas.

El uso de palabras y oraciones o frases cortas nos lleva a producir material de más fácil comprensión.

Repetir la información conlleva a un aumento de su retención.

Mensajes detallados, concretos y específicos son recordados en una proporción significativamente mayor que las instrucciones generales.

Por ejemplo:

*General:* Sería conveniente que se realizara un autoexamen de seno todos los meses.

*Específico:* Sra. X, sería conveniente que se realizara un autoexamen de seno una vez al mes, después de cada período menstrual.

Leyes de la memoria a tener en cuenta para la labor de promoción

Ley de la repetición. Reiteración de la información, pero no de forma mecánica sino que pase por nuestro razonamiento y si es posible por nuestro sentimiento.

Ley de la primacía. Se recuerdan más las cosas que se han oído, visto o leído primero (influye la novedad del mensaje)

Ley de la recienticidad. Queda muy grabada la última información que se recibe.

Ley del efecto. La fijación involuntaria se produce por la intensidad del efecto del contenido.

Ley del interés. A mayor interés mayor atención prestada por eso es importante el conocimiento de los intereses personales. No ocurre el olvido cuando el contenido del



mensaje indica una salida a determinada dificultad, cuando engendra una descarga emocional o cuando ciertas emociones son estimuladas.

*Fenómenos que se producen en el proceso de comunicación:*

*Límite de saturación.* Cuando empieza a recibirse una gran cantidad de mensajes sobre el mismo tema y en la misma forma.

*Efecto Boomerang.* Cuando se obtiene un resultado contrario a lo esperado se rechaza el producto.

*Efecto del durmiente.* Cuando el mensaje se queda latente en la persona y con el transcurso del tiempo la misma comienza a reflexionar sobre él y luego modifica la conducta, se activa este mensaje.

*Fenómeno de la estereotipación.* Cuando se estereotipa la conducta (aquí interviene la memoria) se fija nemotécnicamente no sólo los rasgos del fenómeno, sino también la valoración emocional.

*Procedimientos emocionales que se utilizan para lograr la fijación de un mensaje:*

Apelación a la conciencia

Despertar o satisfacer intereses, deseos y necesidades, según Obujovski el individuo necesita:

- Contacto emocional
- Información
- Sentido de la vida

Brindar seguridad

Brindar a las personas escapes novedosos.

Brindar satisfacción a las personas, a su propio yo.

Sensación de poder, de potencia.

Comunicarse es una función esencial en el proceso de conocimiento del valor de la salud y la responsabilidad de protegerla, que tienen las personas individual y colectivamente. Por último es importante destacar el procedimiento de evaluación y que en el proceso de comunicación educativa es sinónimo de respuesta.

*¿Cómo evaluar?*

Compresión: ¿Es el mensaje lo suficientemente claro como para ser comprendido por el individuo o grupo al que se le envía?

Aceptación: ¿Es recibido con agrado?

Atracción: ¿Es el mensaje interesante como para despertar o mantener la atención del individuo o grupo?

Identificación: ¿Considera el individuo o grupo que el mensaje está dirigido a ellos o les compete?

Persuasión: ¿Es el mensaje lo suficientemente convincente para lograr los cambios de actitudes y conductas deseadas?

En el país existe un Programa Nacional de Educación en Cáncer que incluye las estrategias de información, educación y comunicación y los signos de alerta, siendo una estrategia educativa vital el conocimiento de los factores de riesgos y su enfrentamiento.

Para todo comunicador es preciso que conozca los componentes básicos en la lucha contra el cáncer:

Prevención primaria mediante la promoción y la educación para la salud.

A continuación aportaremos conocimientos necesarios y valiosos:

Pesquizaje y diagnóstico precoz.

Tratamiento efectivo y eficaz de los enfermos.

Alivio del dolor y otras medidas de asistencia paliativa que permitan mejorar o preservar la calidad de vida de los enfermos.

Rehabilitación

Los retos para continuar mejorando el cuadro de salud demandan que el personal sobre todo del Equipo Básico de Salud, que tan cerca de la comunidad están y tanta base de poder tienen sobre sus integrantes, conozcan los conceptos claves para desarrollar la transmisión de mensajes de salud así como propiciar la comunicación. Si este trabajo contribuye un poco más al logro de tan sublimes objetivos estaremos satisfechos.

En el Programa de Atención Médica Integral a la Familia se establece la realización de acciones de promoción para las personas, familias, grupos, comunidades y ambientes.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Asociación Española Contra el Cáncer. Metodología y Planificación en Prevención del Cáncer. En Su: Seminario de Formación en Educación para la Salud. Madrid: AECC; 1997.p.98-118.
2. Asociación Española Contra el Cáncer. La Transmisión de Mensajes de Salud y Estrategias para Facilitar la Comprensión y el Recuerdo. En Su: Seminario de Formación en Educación para la Salud. Madrid: AECC; 1997.p.21-67.

3. Asociación Española Contra el Cáncer. El Papel de las Actitudes y Creencias en la Educación Para la Salud. En Su: Seminario de Formación en Educación para la Salud. Madrid: AECC; 1997.p.21-67.
4. Ruiz Rodríguez GJ. Conceptos de la Psicología Social. En: Nuñez de Villavicencio F, et al. Psicología y Salud. C Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.p.76-9.
5. Sánchez Santos G, et al. Comunicación Social. En Su: Introducción a la Medicina General Integral. C Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1999.p.34-41.
6. Rigol Ricardo O, Fernández Sacasas J, Fernández Mirabal JE, Pérez Carballás F, Pérez Corral J. La Educación para la salud. En Su: Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1985.p.178-230.
7. Fernández Padiece R, Torres AM. La Comunicación, una Herramienta Imprescindible en el Trabajo Diario. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1996.
8. Gritz ER, DiMateo RM, Hays RD. Methodological Issue in Adherences to Cancer Control Regimens. Preventive Medicine 1989; 18:711-20.
9. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Educación en Cáncer. C Habana: MINSAP; 1999.
10. Camacho Rodríguez R. El Problema Cáncer en Cuba. Una Estrategia Científica de Abordaje. C Habana: MINSAP; 2001.
11. Guibert reyes W, Grau Abalos J, Romero Pérez T, Prendes Labrada M, Chacón M. Proceso Psicosociales en la Educación en Salud y en la Prevención del Cáncer. Rev Cub Med. Gen. Integral 2000; 6(2): 186-93.
12. Alamo López JC, Ruíz Pérez L. Técnicas para la Intervención Psicosocial. En: Gómez Sancho M. Cuidados Paliativos: Atención Integral a Enfermos Terminales. Mamas: ICEPSS; 1998.p.845-862.
13. Doka KJ: Living with Life-Threatening Illness: A Guide for Patients, Their Families, and Caregivers. New York: Lexington Books, 1993
14. Spencer SM, Carver CS, Price AA: Psychological and social factors in adaptation. In: Holland JC, Breitbart W, Jacobsen PB, et al., eds.: Psycho-oncology. New York, NY: Oxford University Press, 1998, pp 211-222.
15. Slaikeu Karl, "Intervención en crisis", México, Editorial El Manual Moderno, 1995.
16. MINSAP. Anteproyecto del Programa de Atención Médica Integral a la Familia. MINSAP. Ciudad Habana. 2004.
17. MINSAP. Programa de Atención Médica Integral a la Familia. MINSAP. Ciudad Habana. 2004.

## **2. PREVENCIÓN PRIMARIA**

### **2.1 Adicción al fumar**

El consumo de tabaco en sus distintas formas se ha extendido mucho en el mundo. Los jóvenes suelen verse confrontados con este hábito a través de sus compañeros pero muchos lo adquieren por sí solos. Aunque el tabaquismo se inicia casi siempre por influencia social, el hábito se ve reforzado por la aparición de una dependencia fisiológica creada por la nicotina contenida en el tabaco.

En el mundo actual se describen como el mayor problema sanitario socio económico y psicológico conocido en el ámbito de los países industrializados, siendo responsable de un porcentaje importante de enfermedades respiratorias cardiovasculares y cancerosas. Esta adicción al fumar es actualmente responsable del 30.4 % de la mortalidad cancerosa en el ser humano tomando los sexos por separados, el 43.4% de las muertes por cáncer en el hombre son imputables al tabaco, así como en 14.8% de las muertes por cáncer en la mujer. Tiene relación con el 90% del cáncer de pulmón, 74.9% del cáncer de boca, faringe, laringe y esófago, y un elevado porcentaje en tumores malignos de vejiga, páncreas, riñones y cuello uterino.

Según los análisis de la OMS, en Cuba se pudieran evitar 4 mil muertes anuales de cáncer si se aplica una política efectiva del control del tabaquismo, esta lucha lleva el soporte legislativo y educativo. Se demuestra que el riesgo aumenta según el número de cigarrillos consumidos al día, la profundidad de las inhalaciones y el tiempo de duración a la adicción y el tipo de tabaco consumido. Creemos que la principal actividad se concentra en la juventud para que no comience a fumar, evitar que el joven se ponga el primer cigarrillo en la boca. Por ello una actividad importante para todo Equipo Básico de Salud que atiende jóvenes tanto en las escuelas como en los centros laborales es luchar contra el cigarro. En el Programa Director de Promoción y Educación para la Salud para todo el Sistema nacional de Enseñanza un capítulo comprende la educación antitabaquica donde el personal de educación tiene su destacada participación en el ejemplo, consejo y orientación a nuestra juventud.

Entre la dependencia y los malos conceptos en cuanto a la personalidad del fumador es una equivocación pensar solamente en la consecuencia inmediata y que aparentemente hace de esta irresponsabilidad una herramienta fácil de caer en el vacío de la adicción, pero los años

demuestran el efecto nocivo con la aparición de enfermedades y síntomas que acumulativamente llevan a la muerte.

La educación orientada a fomentar el abandono de la adicción es una medida básica para abordar el problema. Se han creado técnicas educativas apropiadas para la educación sobre las consecuencias a corto y largo plazo y difundir actitudes opuestas que se pueden reflejar en la escala de valores personales. Un papel importante en esta lucha consiste en el ejemplo del personal de la salud para la población, y la pregunta frecuente es:

*Si la adicción al fumar hace daño, ¿cómo existen médicos fumadores?, que es sinónimo de decir: ¿Si el médico se desea suicidar, usted también lo haría?*

Creo se sacan las conclusiones más inteligentes pero cada cual es dueño de su cuerpo y de su mente, pero el ejemplo puede ser negativo o positivo, por ello estamos en condiciones de ser paradigma de esta lucha antitabáquica científicamente demostrada por su consecuencia para la salud.

En el Programa de Atención Integral a la Familia se fija a la conducta a seguir frente a los fumadores:

Indicaciones terapéuticas específicas: realizar el tratamiento de la cesación tabáquica de personas que deseen abandonar esta adicción y realizar junta médica cuando sea necesario.

¿Dónde?

En el consultorio, el hogar del paciente, en Centro Comunitarios de Salud Mental ú otros espacios interactivos que se proporcione.

¿Cómo?

Utilizando técnicas y métodos que puedan resultar útiles para la cesación o deshabitación del tabaquismo; individuales o en grupos.

Indicación de terapia de medicina natural, tradicional y técnicas de relajación.

Rehabilitación

Con base familiar y grupal.

Por último es preciso hablar de los fumadores involuntarios o pasivos, por las graves consecuencias para quienes convivimos con fumadores y que nos convierten en fumadores activos, por lo tanto el rechazo social y la defensa de nuestros intereses y derechos por la salud deben de prevalecer en el criterio de los no fumadores.

TABLA 6. BENEFICIOS DE DEJAR DE FUMAR

Cambios en el organismo de acuerdo al tiempo que dejamos de fumar	
Tiempo	Beneficio
20 minutos	La tensión arterial y el ritmo del pulso retornan a los niveles normales.
8 horas	Los niveles de nicotina y monóxido de carbono se reducen a la mitad y los niveles de oxígeno vuelven a la normalidad.
24 horas	Se elimina del cuerpo el monóxido de carbono. Los pulmones comienzan a eliminar el mucus y otros restos producidos por el consumo del tabaco.
48 horas	No queda nicotina en el cuerpo. Mejora la capacidad del gusto y del olfato
72 horas	Resulta más fácil respirar a medida que los tubos bronquiales comienzan a relajarse y se incrementan los niveles de energía.
2-12 semanas	Mejora la circulación
3- 9 meses	La tos y los problemas respiratorios mejoran debido a que el funcionamiento de los pulmones mejora hasta un 10 %
5 años	El riesgo de sufrir un paro cardiaco se reduce a la mitad
10 años	El riesgo de sufrir cáncer de pulmón se reduce a la mitad. El riesgo de sufrir un paro cardiaco se reduce hasta coincidir con el de una persona que no ha fumado nunca.

## 2.2 Alcoholismo Y Cáncer

Además de la toxicidad del alcohol consumido en exceso y de las tendencias de algunas personas a caer en una situación de dependencia, los investigadores han demostrado que el alcohol puede producir lesiones en el sistema nervioso, el hígado y otros órganos.

Actualmente está demostrado que el consumo de gran cantidad de alcohol aumenta el riesgo de cáncer en la cavidad bucal, la faringe, la laringe y esófago, e hígado que ese efecto se exagera por el consumo de tabaco. En algunos estudios se han encontrado también asociaciones con los cánceres rectales y de mamas, cada vez hay más indicios de los que el consumo de cerveza se asocia al cáncer del recto y el consumo masivo de bebidas fuertes al cáncer de mamas.

El cáncer primario del hígado está muy relacionado con la cirrosis hepática y ella está muy vinculada al consumo de alcohol y al déficit nutricional. En general se le atribuye un tres % al alcohol como causa de muerte por cáncer, aunque es desconocido su proceso carcinogeno

La frecuencia del sinergismo entre el fumar y el alcoholismo tiene implícito un momento del riesgo, así tenemos que en los grandes fumadores que además son bebedores habituales el riesgo de cáncer de lengua, boca y laringe aumenta más de 15 veces en relación con la población que no fuma ni bebe. En esta lucha es preciso hacer conciencia del daño que produce, el enfrentamiento a la presión social (compañeros de trabajo, amigos, miembros del mismo grupo social), enfrentamiento a la dependencia fisiológica y los intereses comerciales.

En la lucha antialcohólica son vitales las actividades de prevención de la salud destinadas a reducir el consumo de alcohol con una educación al público en general e incitar a los grupos más vulnerables, en particular a los jóvenes a evitar o limitar estrictamente este consumo con hincapié en actividades más provechosas como deportivas, recreativas o culturales con objetivos más sanos.

Teniendo en cuenta el grave papel que juega el fumar y el alcoholismo para los adolescentes es preciso puntualizar lo siguiente. Los adolescentes suelen imitar forma de actuación de los adultos que pueden arraigarse para toda la vida, entre estas algunas nocivas para la salud como la ingestión de bebidas alcohólicas y el fumar; algunos padres pueden encontrar gracioso e inofensivo ofrecerle a los menores “un sorbo” de un trago o pedirle que le enciendan un cigarrillo. Esto satisface sus expectativas relacionadas con la

hombría o virilidad, pero puede ser la base del establecimiento de una adicción perjudicial para la salud.

Ante estas situaciones que tienden a incrementarse se toman medidas en el ámbito de la sociedad, las cuales sólo serán efectivas si en cada hogar cubano se brinda una seria atención a este asunto y se combate desde sus primeras manifestaciones.

Lo más efectivo es el ejemplo positivo de aquellos que rodean a los adolescentes, el conocimiento de las enfermedades preferidas y las compañías que frecuentan. La explicación del cambio severo que ocasiona a la salud los malos hábitos es útil pero en todos los casos, por si sólo no resuelve el mal una vez instaurado.

El Equipo Básico de Salud debe tener siempre presente su papel de educador en la comunidad ser paradigma y consejero tanto en colectivo como en su relación médico paciente.

Según el Programa de Atención Integral a la familia la conducta a seguir frente a estos pacientes:

Dispensarizar a personas y familias sometidos a factores de riesgos.

Preparar a la familia como fuente de información y de ayuda práctica.

Explicar las complicaciones del alcoholismo y la repercusión sobre la económica del familiar.

Reforzar mecanismo intensos de regulación afecto y seguridad dentro de la familia.

Tratamiento específico:

Indicación de la Junta Médica o consulta de salud mental para personas que deseen abandonar esta adicción.

Tratar la intoxicación aguda y sus complicaciones con apoyo familiar.

Tratamiento del síndrome de abstinencia.

Importante es no culpar al paciente de su enfermedad o hacer comentarios moralistas acerca de su hábito.



## 2.3 Dieta y Cáncer

Desde 1981 se estableció que la alimentación estaba relacionada en un 35% con enfermedades cancerosas, por lo tanto ocupa un papel primordial en la prevención primaria de salud.

Actualmente en Cuba existe un gran movimiento de organopónicos, huertos y hasta parcelas dedicadas al cultivo de verduras y ensaladas. Se realizan actividades con los niños en los círculos infantiles y las escuelas y por lo tanto el Equipo Básico de Salud tiene que estar capacitado y ser un portavoz valioso en los aspectos de la alimentación, cambiando estilos de vidas nocivos y proclamando las formas más saludables en nuestra dieta.

Hoy se conoce que en la tercera parte de todos los cánceres pueden intervenir factores alimentarios, algunos con efecto protector y otros en relación con la etiología de la enfermedad por lo tanto tenemos que tener muy en cuenta las posibilidades de modificar los hábitos dietéticos para prevenir enfermedades. Según la OMS más de 3 millones de pacientes diagnosticados de cáncer están relacionados con la dieta y se manifiestan en el cáncer de estómago, colon, esófago, mama, hígado, orofaringe y próstata.

El problema principal es el mensaje educativo específico de acuerdo a cada comunidad, según sus hábitos y actitudes. Los aspectos fundamentales están relacionados con el alto consumo de grasas especialmente animal; carnes especialmente rojas y la baja ingestión de fibras dietéticas, frutas y vegetales, así como la obesidad en sentido general.

Se considera que uno de cada tres tumores malignos se relacionan con la alimentación sobre la base de tres aspectos:

*Carcinógenos naturales:* grasas, proteínas y alcohol.

*Contaminantes:* nitritos y nitratos, micotoxinas y fertilizantes.

*Aditivos y conservantes:* ahumados, salazón y adobado.

Los anticancerígenos en la dieta son:

- Vitaminas A, C, y E
- Oligo elementos (selenio, zinc, calcio)
- Otras sustancias: fenoles e índoles.

Las frutas, los vegetales y los granos contienen importantes fuentes de vitaminas, entre las cuales la A, C, y E han sido asociada en la prevención del cáncer.

Estos actúan por un mecanismo oxidante y estabilizador de la membrana celular.

En cuanto a la fibra dietética su acción se realiza:

- Influyendo sobre el vaciado y la acidez gástrica.
- El volumen fecal
- El tránsito intestinal
- El pH intestinal
- Acción de la flora bacteriana
- Absorción de nutrientes

Se considera a la fibra dietética con un papel protector para el cáncer colon rectal y también frente a los cánceres de esófago, estomago y de cabeza y cuello.

El Equipo Básico de Salud debe tener presente una serie de consejo práctico para realizar una adecuada promoción en relación con la alimentación.

- ◆ Adicionar aceite a las ensaladas de vegetales de color amarillo o verde intenso para aumentar la bio-disponibilidad de los  $\beta$  – carotenos.
- ◆ Consumir la zanahoria cocinada a poco agua o rallada cruda.
- ◆ No exponer los vegetales al sol.
- ◆ Almacenar los vegetales breve tiempo a temperatura entre 4 y 8° C.
- ◆ No colar jugos ni los batidos.
- ◆ Consumir cereales como trigo, arroz, avena y maíz.
- ◆ Consumir frijoles frecuentemente no colarlos.
- ◆ No quitarle la cáscara o piel a las frutas y vegetales que la admitan (guayaba, tomates, pepino, calabaza, etc).
- ◆ Preferir el arroz precocido.
- ◆ Preferir los productos elaborados con harinas integrales.
- ◆ Laborar los vegetales cuidadosamente, por breve tiempo
- ◆ No descongelar los vegetales, sino ponerlos directamente en el agua de cocción.
- ◆ Método de cocción: preferir el cocinado a vapor o con el agua imprescindible y la freidora es el método que más destruye a las vitaminas.
- ◆ Elaborar los jugos de frutas inmediatamente antes de consumirlos y si es preciso almacenarlos hágalo por corto tiempo, en recipiente no metálicos y con tapa..
- ◆ No añadir bicarbonatos a la cocción de los alimentos. ej: frijoles y vegetales, destruye la vitamina C.
- ◆ Consumir el gollejo de las frutas cítricas (naranja, mandarinas, toronja, lima etc)

- ◆ Evitar mantener mucho tiempo los vegetales ya cocinado en el agua de cocción.
- ◆ Preferir los pimientos crudos a los asados, ya que tienen el doble de vitamina C.
- ◆ Ingerir simultáneamente alimentos que contenga cantidades significativas de vitamina C con alimentos que contenga hierro hémico para favorecer la biodisponibilidad de dicho mineral.
- ◆ No consumir Té o Café después de las comidas principales porque inhiben la absorción del hierro no hémico.
- ◆ Preferir comer de postre frutas frescas y como bebida los jugos de fruta natural.
- ◆ Para una dieta equilibrada debe consumirse principalmente proteína de origen vegetal.
- ◆ Disminuir los alimentos grasos de origen animal (mantequilla, queso, mayonesa, natas, etc.)
- ◆ Distribuir la alimentación en 5 ó 6 comidas al día (desayuno, almuerzo, merienda, comida, cena y algo antes de acostarse). Conviene comer más a menudo pero en menores cantidades, ya que de este modo las digestiones son mejores y se contribuye a un mayor control de los niveles de azúcar (glucosa) y de lípidos (colesterol y triglicéridos) en sangre.
- ◆ Nuestro actuar es lograr que la población en su educación nutricional adquiera los conocimientos necesarios para tener una alimentación equilibrada tanto en necesidades energéticas como en la prevención de ciertos cánceres.

Las frutas y las verduras son grupos de alimentos vitales en la dieta de cada persona por su aporte de vitaminas. Los vegetales comestibles poseen propiedades beneficiosas por su transformación en el organismo en vitamina A. Los pigmentos se agrupan bajo el nombre de carotenos, siendo el más importante el betacaroteno que lo podemos encontrar en la zanahoria y en otras verduras a las que proporcionan tintes amarillos, naranjas o rojo. La vitamina A tiene función importante en la vista, la piel y las mucosas; se conoce tiene efecto protector contra el cáncer de laringe, bronquios, esófago, estómago, colon y vesícula. Se encuentra en la zanahoria, espinaca, berro y brocoli.

La vitamina C es necesaria para el ser humano que lo obtiene de los alimentos como las frutas y los vegetales; su acción es hacer que el organismo sea más resistente a ciertos tipos de cánceres como pulmón y estómago. Sus necesidades se ven aumentadas en situaciones especiales de estrés, el tabaquismo, el alcoholismo, el embarazo y ciertas afecciones víricas. Se encuentran las mayores concentraciones en la guayaba, perejil, pimiento, limón, fresas, berros, repollo, naranja, mango, espinacas y papas frescas.

A la vitamina E también se le atribuye un papel protector contra el cáncer, ya que protege nuestras células captando y neutralizando ciertos derivados tóxicos del oxígeno, llamados radicales libres, que destruyen una parte de la membrana celular, permitiendo así, la entrada de sustancias cancerígenas. La vitamina E está formada por una serie de compuestos que se agrupan bajo el nombre de tocoferoles. Están unidas a las grasas ricas en ácidos grasos poli-insaturados por ello lo encontramos en los aceites vegetales.

### **Recomendaciones para un mejor aprovechamiento de las vitaminas de los alimentos de utilidad para la promoción de la nutrición.**

- ◆ Pele la verdura y las frutas justo antes de consumirlas.
- ◆ Utilice un cuchillo con hoja de acero inoxidable, tiene la propiedad de preservar la vitamina C contenida en la fruta y la verdura una vez pelada y cortada.
- ◆ Evite dejar las verduras mucho tiempo en agua antes de cocinarlas.
- ◆ Utilice el agua estrictamente necesaria para su cocción.
- ◆ Guarde el agua de cocción para preparar salsas y sopas.
- ◆ Espere hervir el agua antes de echar las verduras en la olla.
- ◆ No cocine en exceso las verduras.

Si hemos hablado de cómo protegernos contra el cáncer debemos decir los aspectos negativos de nuestra alimentación. Existe una fuerte correlación entre el consumo de alimentos grasos y la incidencia del cáncer de la mama, la próstata, el cuerpo del útero, el ovario, el colon y la vesícula biliar.

Ya nadie duda de la relación de las grasas con el cáncer de mamas aunque los mecanismos son discutidos. También se acepta la relación de las grasas con cánceres colon rectal, próstata y ovario. Esta relación es mayor cuando existe consumo excesivo de carnes rojas y por ello se recomiendan más las carnes de pescado, aves, conejos y otras carnes blancas.

En cuanto a las fibras dietéticas de origen vegetal que no se absorben completamente en el aparato digestivo son necesarias por su acción reguladora donde la aceleración del tránsito intestinal reduce el tiempo de contacto de eventuales sustancias cancerígenas con la pared del colon. En el aporte de fibras dietéticas se destacan las verduras como el repollo, nabo, coles, guisantes, judías, zanahoria, espinacas, papas, lechuga y tomates, entre las frutas la naranja, piñas etc.

La necesidad de cambiar nuestros hábitos nos lleva a enfrentar una nueva forma de dieta hasta que nos acostumbremos a una alimentación más rica en fibras. En el caso de intestinos sensibles, las verduras crudas se hacen más digestivas si se cortan muy finas.

Características de la alimentación cubana:

- \* Poco variada la dieta y con ello pocas preparaciones culinarias.
- \* Poco uso de frutas y vegetales.
- \* Corregir el falso concepto que las carnes son fibras.
- \* Desarraigar el consumo excesivo de alimento de origen animal, evitar el uso de la manteca y sustituirlo por el aceite vegetal en pequeñas cantidades.
- \* Usar más las carnes blancas (pollo, pescado, conejo) y orientar para eliminar la preferencia por las carnes rojas (res o cerdo).
- \* La buena alimentación no está dado por el consumo diario y en cada comida de carnes rojas.

Recomendaciones dietéticas para una buena promoción dietética por el Equipo Básicos de Salud.

- Comer preferentemente una dieta rica en vegetales amarillos de hojas verdes, frutas, legumbres y tubérculos, jugo de frutas.
- Tener una alimentación variada durante el día
- Reducir la ingestión de carnes rojas y evitar el consumo de carnes grasas, especialmente de origen animal, evitando comidas muy cocinadas y jugos de carnes o pescados recalentados.
- Disminuir el consumo de azúcares.
- Consumir sólo ocasionalmente asados a la llama, curados o ahumados. Usar poco aceite vegetal.
- Disminuir el consumo de sal y mucho menos añadirsele a los alimentos ya cocinados.
- Desayunar y merendar fuerte en la mañana. Coma por la tarde más ligero.
- Use refrigeración para conservar los alimentos. Limite el uso de sal para la conservación.
- Preste atención a la presencia de aditivos y contaminantes en los alimentos. Evite el alcohol.
- Evite el sobrepeso de más de 5 kg. Por lo tanto se debe de cuidar la alimentación y hacer los ejercicios adecuados, caminar, trotar o realizar ejercicios físicos regularmente.

Frente a los aspectos negativos de las costumbres dietéticas de los cubanos es preciso la orientación científica demostrada que promueve salud y que previene las enfermedades relacionadas con las deficiencias, excesos o desequilibrios alimentarios.

*“El arte de vivir sano comienza por el arte de saber comer”*

*“Comer es un placer, pero comer bien es un deber”*

## **2.4 Factores sexuales o relacionados con la reproducción**

Nosotros debemos ofrecer la información más correcta y oportuna tratando siempre de garantizar al máximo la salud de la población. Es conocido que en el cáncer del cuello uterino actúan agentes vírales: virus herpes tipo II y el virus del papiloma humano. En el caso del papiloma se confirma su asociación a través de los tipos 16 y 18 y en cuanto al herpes virus son causantes de lesiones benignas los genotipos 6 y 11 y las transformaciones malignas se asocian con los genotipos 16, 18, 31 y 33.

Los factores de riesgo en el cáncer del cuello uterino son:

Inicio temprano de las relaciones sexuales.

Promiscuidad sexual de la mujer y número de parejas sexuales del compañero son las principales entradas de dichos virus.

Lesiones del cuello por traumatismos producidos por maniobra de abortos y partos.

Compañero que no está circundado, que no permite una buena higiene.

No adecuada higiene de los órganos sexuales.

Adicción al fumar, porque se eliminan sustancias cancerígenas por el epitelio del cuello que favorece las transformaciones celulares necesarias para la aparición de un carcinoma; también se plantea este mecanismo para el cáncer mamario.

Ya se ha hablado de la dieta y los cánceres de la esfera reproductiva, pero es preciso en este capítulo valorar que la obesidad está muy relacionada con el consumo aumentado de una dieta rica en grasas considerándose como factor de riesgo para el cáncer de mama y el carcinoma de endometrio ya que se asocia con el aumento en la producción de estrógenos más evidente en las post-menopáusicas, estos mecanismos también se encuentran en la conversión de ácidos biliares en estrógenos. Por lo tanto esto justifica la necesidad de cambiar nuestra forma de dieta por una alimentación con predominio de legumbres, frutas y vegetales.

Igualmente se mantiene el planteamiento de que este aumento del metabolismo lipídico participa en la inmunodepresión que claro está es un factor de riesgo para todos los cánceres.

Otros factores de riesgo son el estrés y la producción de inmunodepresión observado con el cáncer de mama y el efecto de las radiaciones ionizantes en esta localización tumoral.

Los factores de riesgo para el cáncer de mama son:

Antecedentes familiares de cáncer mamario (madre, hermanas y tías)

Menarquia temprana y menopausia tardía, que se explica por los años de influencia hormonal que tiene dicha mujer.

No lactancia o lactancia tardía.

Nacimiento del primer hijo después de los 35 años.

Mujeres sin hijos.

Estrés.

Radiaciones ionizantes, fundamentalmente en tórax y antes de los 30 años

Dieta rica en grasas.

Adicción al fumar.

Estilo de vida, obesidad, actividad física escasa.

Terapia hormonal de re-emplazo.

Antecedentes personales de hiperplasia atípica mamaría.

Aunque se valora la relación entre la diabetes y la hipertensión arterial en el cáncer de endometrio, se observa un aumento de dichas pacientes en relación a las sanas, pero todavía existen controversias sobre este asunto, pero todo se relaciona con los factores dietéticos, las grasas y la obesidad.

En la actualidad se admite que los anticonceptivos orales aumentan probablemente el riesgo de cáncer mamario, al menos en las mujeres jóvenes tras un uso prolongado. Sin embargo, como también reduce el riesgo de cáncer endometrial y del cáncer ovárico, hace que en la balanza se tengan en cuenta los aspectos negativos y los aspectos positivos. Existen autores que no están de acuerdo con esta explicación y han abierto las puertas con menos estrógenos y más progesterona y otras variantes.

Teniendo estos elementos podemos hacer nuestro trabajo de consejería y por último realizar las recomendaciones educativas necesarias:

Educación a los jóvenes sobre como debe ser el comportamiento sexual y reproductivo que constituyen factores de riesgo para distintas formas de cáncer.

Uso adecuado del preservativo y la lucha contra los mitos negativos en cuanto al mismo.

Conservar la estética en lucha contra la obesidad como consecuencia de malas orientaciones dietéticas.

Realizar ejercicios físicos en la lucha contra el sedentarismo.

## **2.5 Factores genéticos y hereditarios en el cáncer**

Los factores del huésped tienen una intervención etiológica ya que contribuyen a determinar la vulnerabilidad individual a los agentes exógenos. En estos factores de huésped figuran los relacionados con las hormonas y la capacidad inmunológica.

En los frecuentes cánceres de los órganos sexuales (útero, mama, ovario y próstata) influyen los niveles de hormonas masculinas y femeninas además de la inmunosupresión.

La mayoría de los cánceres son consecuencias de cambios o mutaciones en el DNA de las células. El cáncer es una enfermedad en los genes que sufren alteraciones en una célula inicial y al ser heredada por la célula progenia provoca que ese grupo celular escape al control normal de crecimiento.

Aproximadamente un 5 a 10% de los cánceres de mama se consideran hereditario y relacionado con alteraciones genéticas. Las mutaciones en los genes BRCA1 y BRCA2 se han relacionado con un aumento del riesgo de padecer cáncer de mama, hasta de un 55 – 85% además de aumentar el riesgo del cáncer de ovario.

Por estudios realizados se concluye que tiene importancia la historia familiar en el cáncer del pulmón, tiroides, mama y colon de la siguiente forma:

En el cáncer del pulmón no microcítico se manifiestan sus alteraciones genéticas por una predisposición heredada para el cáncer en general y para el cáncer pulmonar en particular en los fumadores.

En el cáncer del tiroides, solamente se refiere como enfermedad hereditaria familiar en su forma medular que por suerte no es muy frecuente.

En el cáncer mamario se conoce la predisposición familiar que va desde madre a hermanas a hijas, más frecuente con la aparición en la premenopausia.

En el cáncer colon rectal existe una predisposición genética importante enmarcado en el Síndrome de la Poliposis Múltiple Familiar o por la historia familiar del cáncer. Colorectal, colitis ulcerativa crónica, enfermedad de Crohn's, hamastoma, Síndrome de Gardner y otros poliposis.

¿ Cómo podemos sospechar que nos encontramos antes un paciente de cáncer que padece un tumor de origen hereditario?.

Edad precoz de diagnóstico.

Cáncer bilateral cuando el órgano afectado es par.

Múltiples familiares afectado de cáncer.



Transmisión vertical de la enfermedad.

Presencia de otras anomalías, benignas y/o malignas, que se engloben dentro de un síndrome conocido.

Presencia de varios cánceres en el mismo paciente.

Es conveniente diferenciar entre cáncer hereditario y agregación familiar. En el primer caso nos estamos refiriendo a síndromes oncológicos donde se conoce perfectamente que tumores se producen así como la alteración genética que los inician y desarrollan, Ej: poliposis familiares. En la agregación familiar nos encontramos antes individuos que tienen un riesgo mayor que la población general de padecer determinado tipo de cáncer y en muchos casos desconocemos la alteración genética.

En otras localizaciones se plantea la implicación familiar con un componente hereditario, como, el cáncer próstata, cáncer de la laringe, cáncer de la cavidad oral y cáncer de la orofaringe.

Otras lesiones consideradas agentes internos y que son genéticamente condicionadas tenemos: Xeroderma pigmentoso, las inmunodeficiencias congénitas y la criptorquidia.

El xeroderma pigmentoso es una afección hereditaria rara que condiciona la hipersensibilidad de la piel a la luz solar y aparición de múltiples áreas de transformación epidérmica.

El aumento de la incidencia de neoplasias del sistema linfático en sujetos afectados de déficit congénito del sistema inmunitario, o sometidos a tratamientos inmunosupresores prolongados, sugieren una posible intervención de factores inmunológicos en la génesis de dichos procesos.

La criptorquidia es un factor a tener en cuenta cuando no se resuelve antes de los 6 años de edad y se relaciona con incidencia familiar en las neoplasias del testículo.

En cuanto a otros factores internos adquiridos podemos observar secuelas cicatrizales por ingestión de sustancias cáusticas en el esófago y también dicha secuela en la piel por quemaduras de diversas causas.

Las radiaciones ionizantes son factores exógenos peligrosos por su capacidad de generar lesiones cancerosas al pasar los años, por ello los usos genocidas, por accidentes o por tratamiento de otras lesiones hace a estas personas vulnerables a leucemias, linfomas, tumores sólidos de la infancia, sarcomas óseos, cáncer de mama, hepatoma y otros tumores sólidos de distintas localizaciones según las áreas afectadas.

## 2.6 Peligro de la exposición al sol

Consideramos como “medio ambiente” el conjunto de condiciones de orden físico, químico, biológico y social que de forma directa o indirecta inciden en la salud o enfermedad de la población. La naturaleza de estos agentes ambientales es muy variada aunque nos centraremos en los agentes de naturaleza física que tienen interés como factores cancerígenos; y dentro de ellos los del medio atmosférico dando prioridad a las radiaciones solares.

La importancia de las radiaciones solares radica en que está demostrado que están relacionados con el 3 % de las muertes por cáncer. Las radiaciones solares son de gran importancia para la salud del hombre y eso es debido a que tienen diferentes acciones sobre el organismo repercutiendo sobre él tanto en forma positiva como en forma negativa dependiendo fundamentalmente de la cantidad de radiaciones solares a la que está expuesta la persona y de las peculiaridades biológicas de la misma.

En cuanto a los aspectos positivos relacionados con la exposición solar, debemos reseñar el importante papel que desempeña el sol en la prevención de ciertas avitaminosis, así como su función favorecedora del desarrollo óseo sobre todo en las edades más tempranas de la vida. Estos aspectos positivos sobre el organismo humano pueden convertirse en negativos por su mala utilización. Además debemos de conocer algunas determinantes como la capa de ozono, ciertos agentes y/o situaciones geográficas y climatológicas, así como características socio-culturales.

La agresión a la capa de ozono produce una disminución del 1 %, lo que incrementa la cantidad de radiaciones ultravioleta  $\beta$  solar que alcanza la superficie terrestre en un 2 % aproximadamente lo que conllevaría a un aumento del 3-6 % de enfermedades cancerosas cutáneas.

Está establecida la relación de la exposición solar con determinados factores característicos del organismo receptor en la aparición de patologías dérmicas:

Mayor propensión al cáncer de piel en los individuos de raza blanca y menor en las poblaciones pigmentadas.

Algunas personas con enfermedades genéticas de la piel tienen una mayor propensión a padecer cáncer cutáneo.

El cáncer de piel es una de las enfermedades más frecuentes a nivel mundial, ocupa aproximadamente el 10% de todos los cánceres.

El exceso de sol, produce otras alteraciones como son: quemaduras, envejecimiento prematuro de la piel, afecciones oculares, insolaciones y golpes de calor. En las últimas décadas se ha constatado un incremento de las tasas de incidencia de los carcinomas de la piel y el melanoma, atribuidos en parte a la disminución de la capa de ozono; por todo ello debemos poner en marcha medidas de prevención para evitar la exposición excesiva al sol y tomar las adecuadas medidas de protección contra los rayos solares.

Si por necesidad hay que estar en contacto con el medio ambiente, se deben adoptar una serie de precauciones, tales como:

Utilice barreras físicas entre los rayos solares y la piel.

Utilice cremas con factor de protección adecuado al tipo de piel.

Adquiera el moreno de forma progresiva.

Evite la exposición al sol en las horas centrales del día (10:00 am a 3:00 pm) incluso en días nublados.

Los recién nacidos o los bebés menores de 5 meses no deben exponerse largamente al sol.

Los ojos también son importantes por ello debemos utilizar gafas de sol cuyos cristales filtren entre el 50 y 90 % de las radiaciones solares.

Medidas preventivas a tomar:

Continuar aumentando la información de los factores de riesgo en cuanto al cáncer de piel.

Persuadir a las personas más expuestas a las exposiciones excesiva al sol y a las fuentes artificiales de radiaciones ultravioletas a cumplir las medidas de protección (campesinos, pescadores, deportistas, etc)

Modificar la actitud del público en favor del aspecto bronceable.

Examinando nuestra piel conociendo los lunares, verrugas o otras lesiones que tenemos pues observamos los cambios que nos lleven al médico para su exéresis y adecuado estudio.

## **2.7 Exposición a cancerígenos ocupacionales**

La proporción atribuible de la mortalidad por cáncer debido a factores ocupacionales ha sido estimada en un 3 y 4 %, claro, agregando si esta laboralmente expuesto este % es mayor.

Estudios epidemiológicos han demostrado que muchas sustancias, empleadas comúnmente en actividades productivas de diverso género, incrementan notablemente el riesgo de desarrollar cáncer en diferentes localizaciones, un ejemplo típico lo constituyen los

hidrocarburos aromáticos, empleados ampliamente como solventes en la industria, cuya acción cancerígena es conocida hace largo tiempo.

La propiedad de la potencia carcinógena está ampliamente distribuida entre los compuestos químicos, existen evidencias suficientes que indican la presencia de una relación causal entre la sustancia y cáncer en humanos, fundamentados en la fuerza de asociación, la relación dosis-respuesta y especificidad de la respuesta .

La carcinogénesis se considera un caso de toxicidad crónica en la cual un agente externo (carcinógeno) induce directa o indirectamente a que una célula pase a través de por lo menos uno de las etapas del proceso de la transformación maligna. El agente externo actúa a nivel del material genético o de los mecanismos que controlan la diferenciación celular.

La localización de la neoplasia se determina:

Por las propiedades físicas y genéticas del agente.

Por el tipo de contacto con el obrero (contacto primario con la piel, sistema digestivo o sistema respiratorio)

La reacción del organismo ante el mismo, es decir, metabolización y excreción (pulmón, hígado, gastrointestinal o urogenital)

La fijación de ciertos órganos (piel, hígado, hueso, médula ósea)

En general la enfermedad aparece en los lugares donde el carcinógeno particular ha estado en contacto más prolongado con los tejidos. Es necesario tener en cuenta algunos criterios para poder evaluar el potencial riesgo de exposición a las diferentes sustancias, según lo establecido en la NC-19-01-02/1985:

Los llamados Niveles Límites Admisibles ( N.L.A.) se pueden determinar como:

1. Concentración máxima admisible

Concentración de la sustancia nociva en el aire de la zona de trabajo que no puede excederse en ningún momento de la jornada laboral y a la que un trabajador puede exponerse en jornadas de 8 horas diarias (8 h/d) durante toda una jornada laboral no provocándole enfermedad o alteración del estado normal de salud, detectables por los actuales métodos de investigación, ni en un plazo lejano de la presente y futura generación. Se simboliza por C.M.A.

2. Concentración promedio admisible

Concentración promedio de la sustancia nociva en el aire de la zona de trabajo a 8 horas diarias (8 h/d) durante toda la vida laboral, no provocándole enfermedad o alteración del estado normal de salud, detectables por los actuales métodos de investigación, ni en el

curso de la actividad laboral, ni en un plazo lejano de la presente y futura generación. se simboliza por C.P.A.

Los niveles límites admisibles de las sustancias nocivas en el aire de la zona de trabajo se establecen en la NC-19-01-63/1991.

El número de compuestos, potencialmente cancerígenos, crece día a día producto de los estudios que se llevan a cabo con este fin, por lo que resulta imposible el estudio de cada uno de ellos en el breve espacio del que disponemos y, además, carecería de valor práctico, por ello nos concentraremos en las medidas que deben tomarse para proteger a las personas expuestas y a suministrar un listado de los más frecuentes en nuestro país.

En primer lugar debemos tener en cuenta las posibles vías de ingreso de estas sustancias al organismo en las circunstancias concretas de la actividad productiva, resulta sumamente improbable, salvo casos de accidentes, la ingestión de uno de estos compuestos, por lo que nos concentraremos en su entrada a través del aparato respiratorio y por vía dérmica.

En segundo lugar es necesario tener presente que la acción de las sustancias cancerígenas de uso industrial, se ejerce por un contacto prolongado con las mismas, frecuentemente toda la vida laboral, por lo que una exposición ocasional puede transcurrir sin consecuencias y debemos ser muy cuidadosos en no crear falsas alarmas en este sentido.

Veamos ahora qué podemos hacer cuando existe el riesgo.

Para la exposición por cualquier vía es primordial la adecuada capacitación del personal, debiendo esta incluir:

El conocimiento del riesgo potencial existente.

Las medidas de seguridad específicas que requiere la manipulación de la o las sustancias implicadas.

### **2.7.1 Exposición por inhalación**

El grado de riesgo que representa la inhalación de una sustancia esta directamente asociado a la concentración de la misma en el aire inhalado, o sea la cantidad de la misma que penetra en el organismo, a su forma de acción y al tiempo de exposición del obrero a la misma. Si la cantidad del compuesto que es inhalada se encuentra por debajo de un cierto límite, no existirán efectos adversos sobre la salud de la persona expuesta, al menos en el marco del conocimiento actual, por encima de este comenzarán a mostrarse sus efectos nocivos, incrementándose en la medida que aumenta su concentración.

Vale la pena recordar aquí que *la exposición a una sustancia cancerígena no implica necesariamente la aparición de la enfermedad*, ya que esta tiene un origen multicausal, y

sólo incrementa el riesgo de aparición de la misma, siendo su efecto visible solamente cuando se analiza un número suficientemente grande de personas expuestas. Esta circunstancia hace que la percepción del riesgo por el obrero, e incluso por una parte del personal de dirección, sea baja en la mayoría de los casos y hace imprescindible un serio trabajo de educación sanitaria para crear los niveles adecuados de comprensión y los cambios de actitud indispensables.

Como se desprende de lo dicho, en la protección del trabajador expuesto a estas sustancias lo fundamental es lograr que los niveles de concentración de las mismas que llegan a las vías respiratorias se encuentren siempre por debajo de los Niveles Límites Admisibles establecidos en las Normas Cubanas para ellas, esto puede lograrse por diferentes métodos, siendo los principales en orden de efectividad los siguientes:

Sustitución por otros productos de ningún o menor efecto deletéreo. Este es por supuesto el método ideal, pero no siempre es posible debido a las características del proceso productivo o por consideraciones económicas, no obstante siempre vale la pena el que se realice un estudio serio y fundamentado de su viabilidad.

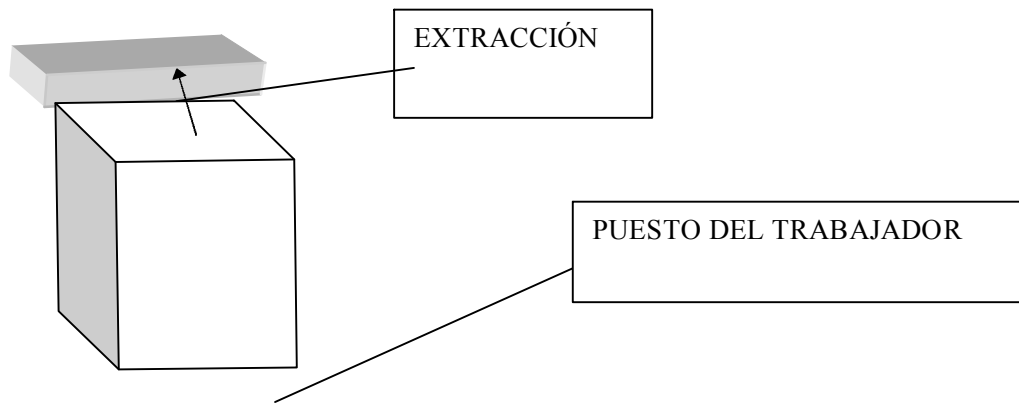
Aislamiento de la operación. Consiste en realizar las operaciones donde se emplea el contaminante en un ambiente cerrado, que no permita su paso al área donde se encuentran los obreros. Esto no siempre es posible, pues por lo general implica altos grados de automatización de los procesos productivos, pero es el sistema más eficaz para proteger al trabajador.

Extracción del contaminante en su punto de origen. Si no es posible sustituir un producto, siempre es posible evitar que el mismo se disemine. Los medios técnicos para lograr esto están fuera del marco del presente trabajo, pero las ideas fundamentales son las siguientes:

Colocar tomas de extracción, situadas de tal forma que eviten que el contaminante llegue a las vías respiratorias de los operarios, inmediatamente sobre la superficie de los tanques, mesas de trabajo, y otros puestos donde se emplea o produce la sustancia, por ejemplo:

Depurar el aire extraído para que el contaminante no pase a la atmósfera, lo cual resulta fundamental para la protección del ambiente. En muchas ocasiones esto permite la recuperación de costosos productos para ser empleados nuevamente, lo que añade un incentivo económico a la operación.

Debe tenerse presente que la ventilación general de un local no es efectiva, cuando se trata de la protección contra la inhalación de este tipo de sustancias, ya que lo importante en este caso es que las mismas nunca lleguen al sistema respiratorio del obrero.



Reducción del tiempo de exposición. Es obvio que mientras menor sea el tiempo que permanezca el trabajador en un ambiente contaminado, menor será la cantidad de sustancia inhalada, de hecho las Normas Cubanas establecen las Concentraciones Máximas Admisibles para ocho horas de trabajo, por lo tanto si se reduce la exposición, alternando por ejemplo las labores que realiza el obrero, lograremos un nivel significativo de protección del mismo. Por supuesto nos estamos refiriendo a los compuestos cuya acción es cancerígena, si además posee otras propiedades tóxicas puede resultar inadmisible cualquier exposición a la misma.

Uso de medios de protección individual. Las mascararas contra gases suelen ser eficientes en la protección de los trabajadores, a condición de que se usen correctamente, tengan un mantenimiento adecuado y los filtros estén correctamente escogidos, pero resultan sumamente engorrosas cuando los obreros deben permanecer ocho horas empleando las mismas, lo que provoca el rechazo por parte de los usuarios. Por esta razón sólo se recomienda esta variante como una solución temporal, o en casos cuando resulta totalmente imposible emplear ninguno de los métodos anteriormente expuestos.

Es fundamental que, cuando se tengan que emplear estos medios, se realice una selección adecuada de los filtros, ya que no todo filtro protege contra un compuesto dado, los filtros son selectivos y el uso de un filtro inadecuado lejos de proteger al obrero puede agravar la exposición, al crear concentraciones mayores que la ambiente en el interior de la mascara.

La sustitución de los filtros usados es también un factor de extrema importancia, el filtro tiene una vida útil limitada, en función de la concentración del contaminante y del tiempo de exposición, el fabricante da las especificaciones para cada tipo de filtro y estas deben cumplirse al pie de la letra, de lo contrario se crea una situación similar a la descrita para el empleo de filtros inapropiados. Lo anterior es extensivo al mantenimiento de la mascara y a su uso correcto.

### **2.7.2 Exposición por contacto**

El contacto entre las sustancias cancerígenas y la piel está asociado, habitualmente, a una deficiente percepción del riesgo y a malos hábitos laborales e higiénicos, por ejemplo es frecuente que los mecánicos consideren “normal” el que sus ropas, antebrazos y manos estén impregnados de combustible y grasas. Además el desconocimiento de las administraciones propicia que estas no presten la debida atención a la creación de facilidades para el aseo del personal expuesto a este riesgo. Esta situación, unida al hecho de que sólo una fracción de los expuestos llega a desarrollar la enfermedad, hace imprescindible que la labor de educación sanitaria sea constante, tanto entre los obreros como entre los dirigentes.

Existen varios métodos para la protección de los obreros expuestos, los fundamentales son los siguientes:

Sustitución por otros productos de ningún o menor efecto deletéreo. Al igual que en el caso de la inhalación, este es el método ideal, pero no siempre es posible debido a las razones que expusimos anteriormente.

Uso de medios mecánicos para la manipulación de los productos. Muchas operaciones que se realizan manipulando los productos o los objetos sujetos a tratamiento con las manos, pueden sin grandes inversiones realizarse mediante equipos mecánicos, lo que evita el contacto del trabajador con la sustancia en cuestión. Como ejemplo podemos citar el lavado de piezas en los talleres, el cual puede realizarse perfectamente en forma mecanizada.

Medios de protección individual. Existe una gran variedad de los mismos, los más usuales son, guantes y botas impermeables al producto dado, cremas protectoras que impiden el contacto de la piel con la sustancia y, en casos específicos, ropa especial. Estos medios se aceptan, por lo general, mucho más fácilmente que los respiratorios. Con una adecuada educación sanitaria puede lograrse que los obreros los empleen habitualmente.

Cuando existe el riesgo de penetración por la vía dérmica, se hace imprescindible extremar la higiene personal, con cambio diario de la ropa de trabajo, aseo antes de ingerir alimentos y al concluir la jornada laboral, etc. Por lo tanto la educación sanitaria debe estar dirigida en este sentido y las administraciones están en la obligación de crear las condiciones para su cumplimiento.

Es muy importante no perder de vista que, en muchas ocasiones, una misma sustancia puede penetrar en el organismo por ambas vías, por lo tanto la protección del trabajador debe ser integral.



### **2.7.3 Determinación de la concentración de las sustancias cancerígenas en el ambiente laboral.**

La determinación de las concentraciones de estas sustancias en el ambiente laboral, resulta de primordial importancia para preservar la salud de los trabajadores, pero además tiene importancia económica pues evita el incurrir en gastos innecesarios cuando no sobrepasa los límites normados.

La determinación de las concentraciones existentes exige medios de laboratorio y terreno específicos así como personal especializado, en general las técnicas se basan en la toma de muestras de aire y su posterior análisis en el laboratorio, en algunos casos existen otros métodos más rápidos, así como técnicas de vigilancia pasiva de las mismas. En todos los Centros Provinciales de Higiene y Epidemiología existen departamentos encargados de la Salud Ocupacional y cuentan con laboratorios que pueden realizar la determinación de la concentración de muchas de las sustancias potencialmente cancerígenas, además el Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores cuenta con personal y medios especializados.

La determinación de las concentraciones de las sustancias cancerígenas debe realizarse periódicamente, dependiendo el lapso entre una determinación y otra de las características del producto y las condiciones del proceso productivo, en ciertos casos puede hacerse necesario que la vigilancia de la concentración sea constante.

Es necesario que exista un registro de estas determinaciones, así como que en la historia clínica del obrero se consigne claramente el período de exposición del mismo, ya que estos elementos resultan fundamentales al valorar un posible efecto sobre la salud del trabajador.

La evaluación del riesgo existente debe realizarse, en forma conjunta, por el Médico del centro de trabajo y personal especializado de los Departamentos de Salud Ocupacional de los Centros Provinciales de Higiene, Epidemiología y Microbiología.

#### **2.7.4 Sustancias químicas cancerígenas de uso frecuente en nuestro país.**

A continuación se describen los carcinógenos industriales, relacionados con la localización del cáncer, vía de exposición, los niveles límites admisibles y aplicaciones en las que es posible la exposición de los individuos.

TABLA 7. SUSTANCIAS CARCINOGENICAS EN EL AMBIENTE LABORAL

Agente Químico	Vía de Exposición	N.L.A.		Localización del Cáncer	Aplicaciones en lo que es posible la exposición de los individuos.
		CPA mg/m <sup>3</sup>	CMA mg/m <sup>3</sup>		
Arsénico y Compuestos	Cutánea, respiratoria	0.3	0.6	Pulmón, piel, hemangio sarcoma	Subproductos de la fundición de metales. Componentes de aleaciones, aparatos eléctricos y semiconductores, medicamentos, herbicidas y funguicidas.
Compuestos de Cromo	Cutánea, respiratoria	0.05	0.1	Pulmón, seno nasal	Componentes de aleaciones metálicas, pigmentos y conservantes
Berilio y sus compuestos	Respiratoria	-	-	Pulmón	Combustible para misiles y vehículos espaciales. Endurecedor de aleaciones de metales ligeros, sobre todo en la industria aeroespacial y reactores nucleares.
Cadmio y sus compuestos	Respiratoria	0.03	0.1	Próstata	Pigmentos amarillos y fosforescentes. Soldaduras. Baterías y como aleación, y en los revestimientos y laminados metálicos.
Compuestos de níquel: Níquel metálico y sus óxidos, sulfuros y mezclas de estos compuestos (expresados como Ni) Níquel Carbinilo	Cutánea, respiratoria	0.25 0.01	0.5 0.03	Cavidad nasal y senos, pulmón	Revestimientos, componentes de aleaciones ferrosas, cerámicas y baterías. Subproducto de la soldadura con arco del acero inoxidable
Etileno, óxido	Respiratoria	-	1.0	Leucemia	Utilizado para madurar la fruta y los frutos secos. Como propelentes de cohetes y en síntesis química, como fumigantes de alimentos y textiles y para esterilizar los equipos hospitalarios.

Agente Químico	Vía de Exposición	N.L.A.		Localización del Cáncer	Aplicaciones en lo que es posible la exposición de los individuos.
		CPA mg/m <sup>3</sup>	CMA mg/m <sup>3</sup>		
Benceno	Cutánea, respiratoria	-	5.0	Leucemia, Enfermedad de Hodgkin	Componente principal del aceite ligero. Aunque no se aconseja su uso como disolvente, tiene muchas aplicaciones en imprenta y litografía, pintura, cauchos, limpieza en seco, adhesivos y revestimientos y detergentes.
Cloruro de Vinilo	Respiratoria, cutánea	-	10.0	Angiosarcoma, hígado	Refrigerantes, monómero de los polímeros de Vinilo. Adhesivos para plásticos.
Radón y sus productos de degradación	Respiratoria	-	-	Pulmón	Procedente de la degradación de los minerales que contienen Uranio. Puede ser un peligro grave en canteras y minas subterráneas.
Asbesto  Excepto Crocidolita Crocidolita	Respiratoria, cutáneo	1f /mL 0.2 f /mL		Pulmón, mesotelioma, aparato gastrointestinal	Revestimiento de paredes y tejados en losados de suelos.

TABLA 8. OTROS AGENTES Y GRUPOS FUNCIONALES CANCERÍGENOS,  
VÍA DE EXPOSICIÓN Y LOS ÓRGANOS A LOS QUE AFECTA.

Agente Químico	Vía de exposición	Órgano al que afecta
Nitro- y azo-derivados de las aminas aromáticas (Aminas naftilo, bencidina, 4-aminodifenilo, auramina)	Cutánea, respiratoria, digestiva	Órganos urinarios (vejiga, uréter, riñones, pelvis).
Alquitrán de hulla, brea, asfalto, aceite de alquitrán, aceite de creosota, aceite de antraceno, hollín, negro de humo, lignito, alquitrán, aceite y cera de lignito	Cutánea, respiratoria	Piel, pulmón.
Aceite y cera de esquisto	Cutánea, respiratoria	Piel, laringe
Carbón, aceite y alquitrán hidrogenados.	Cutánea	Piel, boca
Aceite de petróleo, alquitrán, asfalto, coque, hollín, negro carbón, fuel-oil, gas-oil, grasas, aceites de corte, parafina de cera, naftaleno metilado.	Cutánea, respiratoria	Pulmón, piel.

Algunas sustancias químicas utilizadas como herbicidas poseen propiedades carcinogénicas, ejemplo de las mismas son:

Arsenicales

2,4- D

2,4,5- T

TCDD (2,3,7,8 tetraclodibenzo- p-dioxina) como impureza.

### **2.7.5 Criterios diagnósticos de las enfermedades profesionales.**

Consideramos que es necesario que los médicos de Centros de Trabajo tengan presente lo establecido en cuanto al diagnóstico de las Enfermedades Profesionales.

Nuevas regulaciones relacionadas con las Enfermedades Profesionales aparecen en la Resolución Conjunta No. 2 del mes de diciembre del 1996, dictada por los Ministerios de Salud Pública y de Trabajo y Seguridad Social de Cuba.

Se consideran como enfermedades profesionales del trabajador a los efectos de la protección que ofrece la legislación de seguridad social, los originados por los agentes etiológico (los que la provocan) que aparecen relacionados en la resolución

Los criterios diagnósticos son los siguientes:

*Criterio ocupacional.* Muy relacionado con la historia ocupacional: donde trabaja, actividades que realiza, productos que elabora, horas diarias de exposición, tiempo que lleva trabajando.

*Criterios clínicos.* Signo y síntomas.

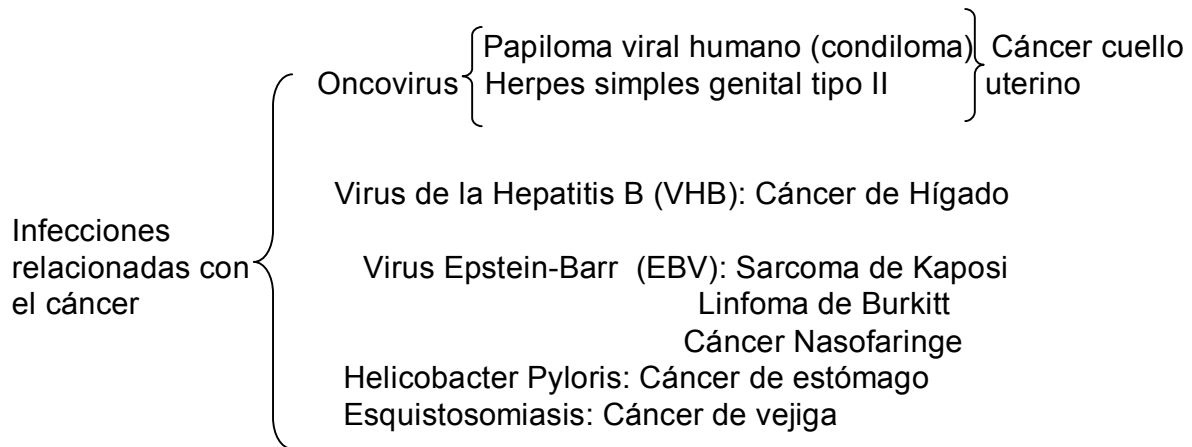
*Criterios higiénicos epidemiológicos.* Estudio del medio laboral y hogareño cuando se considere necesario.

*Criterio de laboratorio.* En el hombre, indicadores biológicos y en el ambiente, Niveles Límites Admisibles.

*Criterio médico-legal.* Esa enfermedad se encuentre comprendida dentro de la resolución legal vigente en el país, que considera cuales son profesionales, ya que no todos los países coinciden en los mismos.

### **2.8 Las infecciones y el cáncer**

Se considera el causante del 15 % de los casos de cáncer a nivel mundial, en países en vías de desarrollo estos estimados aumentan al 22 %. Su participación en el desarrollo del cáncer se relaciona con la exposición y compuestos tóxicos y predisposición genética, en la participación de micro-organismo específicos.



De todos estos agentes, en nuestro medio, el que tiene un mayor peso en la producción de cáncer, es el virus del papiloma humano. Múltiples cepas de este virus son consideradas cancerígenas y estrechamente relacionadas con el cáncer del cuello uterino; considerado, actualmente, una enfermedad de transmisión sexual en su forma de transmitirse.

Se conoce la relación del cáncer en el hígado con el virus de la hepatitis, la vacunación puede prevenir la hepatitis crónica y como consecuencia la cirrosis hepática, factor de riesgo para el cáncer hepático, por lo tanto, la administración sistemática de esta vacuna, en un plazo de 20 a 30 años, deberá disminuir la incidencia del cáncer hepático.

En cuanto a las otras infecciones menos frecuentes quedan mencionadas para el conocimiento general, pero sin profundizar en ellas.

## **BIBLIOGRAFÍA**

### PREVENCIÓN PRIMARIA

1. OMS Programas Nacionales de Lucha Contra el Cáncer. Directrices Sobre Política y Gestión. Ginebra: OMS; 1995.p.13-55.
2. Camacho Rodríguez R. El Problema Cáncer en Cuba. Una Estrategia Científica de Abordaje. C Habana: MINSAP; 2001.
3. Camacho Rodríguez R. Necesidad de los Programas de Control de Cáncer. C Habana: MINSAP; 2000.
4. Asociación Española de Lucha Contra el Cáncer. Tabaco y Alcohol en el Marco Familiar y Escolar. Madrid: AECC; 1997.
5. Metzger V. Cancer Colorectal. Facteurs de Risque. Prevention Primare. Berne: Office Federal de la Sante Piblique-Lique Suisse Contre le Cancer; 2000.p. 11-17.
6. Metzger V. Cancer Colorectal. Facteurs de Risque. Prevention Primare. Berne: Office Federal de la Sante Piblique-Lique Suisse Contre le Cancer; 2000.p. 21-25.
7. Asociación Española de Lucha Contra el Cáncer. Guía Latinoamericana Contra el Cáncer. C Habana: INOR; 1997.
8. Asociación Española de Lucha Contra el Cáncer. Guía Latinoamericana Contra el Cáncer. En Su: Seminario de Formación en Educación para la Salud. Madrid: AECC; 1997.p. 119-208.
9. Marrinello Vidaurreta Z. Genética y Cáncer. En Su: Nociones y Reflexiones Sobre el Cáncer. C Habana: Editorial Científico-Técnica; 1983 .p. 90-94.
10. Noriega Pio A. Participación del Médico de la Familia en el Programa de Reducción de la Mortalidad por Cáncer. Rev Cub Oncol 1990; 16(1): 132-135.
11. Marrinelo Vidaurreta Z. Apuntes Oncológicos. Rev Cub Oncol 1987; 3(3): 408-419.
12. Soriano García J, Galan Alvarez Yaima, Luaces Alvarez P, Martín García A. Incidencia en Cuba del Cáncer en la Tercera Edad. Rev Cub Oncol 1998; 14(2): 121-128.
13. Barroso Alvarez M Notas Breves. Actividad Física y Riesgo de Cáncer. Reflexiones. Rev Cub Oncol 1989; 14(3): 180.
14. Lage Dávila A. El Programa de Reducción de la Mortalidad por Cáncer. Reflexiones. Rev Cub Oncol 1989; 15 (3): 274-294.
15. Valladares Y. Etiología y Epidemiología del Cáncer. Rev Esp Oncología 1985; 32: 741-755.



16. Ministerio de Salud Pública. Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos. Principios Generales de una Alimentación Sana. C Habana: MINSAP; 2002.
17. Capote Negrin L. Epidemiología del Cáncer de la Glándula Mamaria. En: Hernández Muñoz G. Avances de Mastología. 2 ed. Venezuela: Cromatip; 1996 .p. 170-181.
18. Suárez Fernández JM. Prevención, Profilaxis y Diagnóstico Precoz del Carcinoma de Mama. C Habana: Editorial Científico- Técnico: 1990.p. 7-14.
19. Cabezas Cruz E. Epidemiología del Cáncer Ginecológico. Rev Cub de Med Gen Integral 1994; 10(2): 9-16.
20. Bal Dileep G, Nixon Daniel W, Foerster Susan B, Browson Ross C. Prevención del Cáncer. En: Murphy Gerald P, Lawrence Walter, Lenhard Raymond E. editores. Oncología Clínica. 2 ed. Washington: OPS- American Cancer Society; 1996.p. 45-73.
21. Martínez Penalver I. Prevención del Cáncer. Notas Breves. Rev Cub Oncol 1993; 9(1): 46-47.
22. Álvarez Sintés R. Hábito de Fumar. En Su: Temas de Medicina General Integral. C Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001 .p. 505-515.
23. Weisburger J H, Willian G M. Causas del Cáncer. En: Murphy G P, Lawrence W J, Lenhard R E. Editores. Oncología Clínica. 2 ed. Washington: OPS- American Cancer Society; 1996.p. 11-14.
24. Gritz E R, Fiore M C, Henningfield J E. Tábaco y Cáncer. En: Murphy G P, Lawrence W J, Lenhard R E. editores. Oncología Clínica. 2 ed. Washington: OPS American Cancer Society; 1996.p. 15-23.
25. Ringer D P. Principles of Cancer Biology. En: Lenhard R E, Osteen R T, Gansler T. Clinical Oncology. Atlanta Georgia. The American Cancer Society's with companion CD-ROM; 2001.p. 21-36.
26. Heath C W, Fontham R T. Cancer Etiology. En: Lenhard R E, Osteen R T, Gansler T, Clinical Oncology. Atlanta Georgia The American Cancer Society's with companion CD-ROM; 2001.p.37-54.
27. Omen G S. Prevención del Cáncer. En: Bennett C J, Plum F. editores. Cecil: Tratado de Medicina Interna. 20 de. C Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1998.p. 1158-60.
28. Blot W J. Epidemiología del Cáncer. En: Bennett D J, Plum F. editores. Cecil: Tratado de Medicina Interna. 20 de. C Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1998. p. 1163-68.
29. Adamson P. Un Reto de Comunicación. Para la Vida. Adolescencia. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1992.p. 105-112.

30. OPS-OMS. Salud de los Adultos en las Américas. Factores de Riesgo. Washington: OPS; 1990.p. 14-17.
31. Alfonso Hernández A. Aspectos Elementales de Biología Molecular. Carcinogénesis Metastatización. En Su: Oncología. Preguntas y Respuestas. Barcelona: Prouns Science S.A.; 2001.p. 1-42.
32. OMS. Informe Sobre la Salud en el Mundo. La Vida en el Siglo XXI. Una Perspectiva para Todos. Ginebra: OMS; 1998.
33. Bravo MP, Calero del Rev Jr, Concha M. Exposición para la Salud en el Sistema Nacional de Educación. La Habana: MINED; 1999.
34. Programa Director de Promoción y Educación Para la Salud en el sistema Nacional de Educación. La Habana: MINED; 1999.
35. Wingo A, Maxwell P, Donald E, Harman J. Ocurrencia del Cáncer: Impacto y Estadística. En: Lenhard R E, Osteen R T, Gansler T. Clinical Oncology. Atlanta, Georgia. The American Cancer Society's with companion CD-ROM. 2001.p. 1-19.
36. Heath C W, Fontham E. Etiología del Cáncer En: Lenhard R E, Osteen R T, Gansler T. Clinical Oncology. Atlanta, Georgia..The American Cancer Society's with companion CD-ROM. 2001.p37-4.
37. De la Llera Suárez Elina. Modo y Estilo de Vida. En: Alvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. C Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.p. 39-146.
38. Herrera Alcázar V. Atención Integral de Salud. En: Alvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. C Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.p. 39-146.
39. Batista Moliner R, Feal Cañizarez P. Epidemiología en la Atención Primaria de Salud. En: Alvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. C Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.p. 287-323.
40. Frederich L. Identificación y Atención de los Familiares con Cáncer. En: Murphy G P, Lawrence W, Lenhard R E. Oncología Clínica. 2 de: Washington. OPS-American Cancer Society; 1996.p. 806-81.
41. Carreras Ruíz O. Cáncer. Auto Ayuda. Prevención Primaria. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 1996.p. 17-40.
42. Connelly M, Inui T. Definiciones, Primaria y Secundaria. En: Fauci A S, editor. Harrison: Principios de Medicina Interna. 14 ed. Méjico: McGraw Hill-Interamericana; 1998.p. 51-54.
43. Longo D L. Enfermedades Neoplásicas. En: Fauci A S, editor. Harrison: Principios de Medicina Interna. 14 ed. México: McGraw Hill-Interamericana; 1998.p. 561-568.

44. Brawley O W, Kraner B S. Prevención y Detección Precoz del Cáncer. En: Fauci A S, editor. Harrison: Principios de Medicina Interna. 14 ed. Méjico: McGraw Hill-Interamericana; 1998.p. 568-575.
45. Simone J V. Introducción. Oncología. En: Bennett C J, Plum F, editores. Cecil Tratado de Medicina Inetrna. 20 de. C Habana. Editorial Ciencias Medicas; 1998.p. 1153-1158.
46. Corey G,. Elementos Básicos de Epidemiología Ambiental. Evaluación de Riesgos y Vigilancia Epidemiológica. Las Tunas; 1995.
47. Comité Estatal de Normalización. Normas Cubana 19-01-50. SNPHT Plaguicidas: Clasificación y Requisitos Generales de Seguridad: 1986.
48. Comité Estatal de Normalización. Normas Cubana 19-01-63. SNPHT Sustancias Nocivas: Clasificación y Requisitos Generales de Seguridad: 1985.
49. Comité Estatal de Normalización. Normas Cubana 19-01-63. SNPHT Aire de la Zona de Trabajo. Niveles Límites Admisibles de las Sustancias Nocivas;1991.
50. Enciclopedia de Medicina. Higiene y Seguridad Social. Madrid; OIT: 1974.
51. Taller de Introducción a la Evaluación y Manejo de Riesgo. C Habana; INHEM: 1995.
52. Ministerio de Salud Pública. Programa de Salud de los Trabajadores. INST. Unidad Nacional de Higiene; 1995.
53. Taller sobre Evaluación Epidemiológica de Riesgos Químicos Ambientales. INHEM; 1985.
54. Toledo Salgado F. Nociones generales de Toxicología Ocupacional. México: ECO; 1989.
55. OMS. Environmental Health Criteria 51. Guide to Short - Term Test for Detecting Mutagenic and Carcinogenic Chemical. Geneva: WHO; 1985.
56. OMS. Environmental Health Criteria 181. Principles and Methods for Assessing Direct Immunotoxicity Associated With Exposure to Chemical. Geneva: WHO; 1996.
57. OMS. Environmental Health Criteria 18. Arsenic. Geneva: WHO; 1981.
  
58. OMS. Environmental Health Criteria 135. Cadmium. Environmental Aspectos Geneva: WHO; 1992.
59. OMS. Environmental Health Criteria 134. Cadmium. Geneva: WHO; 1992.
60. OMS. Environmental Health Criteria 84. 2, 4- Dichorophenoxyacetic Acid (2, 4-D). Environmental Aspectos. Geneva: WHO; 1989.
61. OMS. Environmental Health Criteria 108. Nickel. Geneva: WHO; 1991.
62. OMS. Environmental Health Criteria 150. Benzene. Geneva: WHO; 1993.

- 63.OMS. Environmental Health Criteria 53. Asbestos and Other Natural Mineral Fibras. Geneva: WHO; 1986.
- 64.OMS. Environmental Health Criteria 88. Polychlorinated Dibenzo-p-dioxins and Dibenzofurans. Geneva: WHO; 1989.
- 65.Poeschla Eric M, Buchrckacher Gary L, Stool Flossie W. Etiology of Cancer: Viruses. En : De Vita Vincent, Hellman Samuel, Rosenberg Steven, editors. Cáncer. Principles and Practice of Oncology on CD-ROM. 6 ed. Philadelphia: Lippincott William and William; 2001.
- 66.Yuspa Streart H, Shields Peter G. Etiology of Cáncer: Chemical Factors. En: De Vita, and Practices of Oncology on CD-ROM. 6 ed. Philadelphia: Lippincott William and William; 2001.
- 67.Ullrich Roert L. Etiology of Cáncer: Physical Factors. En: De Vita Vincent T, Hellman Samuel, Rosenberg Steven A, editors. Cancer. Principles and Practices of Oncology on CD-ROM. 6 ed. Philadelphia: Lippincott William and William; 2001.
- 68.Tucker Margaret A. Epidemiology of Cáncer. En: De Vita Vincent T, Hellman Samuel, Rosenberg Steven A, editors. Cancer. Principles and Practices of Oncology on CD-ROM. 6 ed. Philadelphia: Lippincott William and William; 2001.
- 69.Koh Howard K, Kannler Chistine, Geller Alan C. Cancer Prevention. Preventing Tobacco-Related Cancers. En: De Vita Vincent T, Hellman Samuel, Rosenberg Steven A, editors. Cáncer. Principles and Practices of Oncology on CD-ROM. 6 ed. Philadelphia: Lippincott William and William; 2001.
- 70.Greenwald Peter, Clifford Carolyn. Cancer Prevention: Diet and Chemoprevention agents. En: De Vita Vincent T, Hellman Samuel, Rosenberg Steven A, editors. Cancer. Principles and Practices of Oncology on CD-ROM. 6 ed. Philadelphia: Lippincott William and William; 2001.
- 71.Seffrin John. President of UICC (Union Internacional de Lucha contra el Cáncer) Embarking on New Directions at UICC to Bring Cancer under Control. Geneva. UICC News; 2002. 13 (1): 3.
- 72.Harlem Brundtland Gro. Director-General of the World Health Organization. Interview. Geneva. UICC News; 2002. 13 (1): 4-5.

73. Peris Tuser M. prevención , Primaria del Cáncer. En su: Libro Blanco de la Oncología en España. Madrid: Federación Española de Sociedades Oncologica, 2002.p. 38-56.
74. Cáseres, A, Hernández;. Muñoz J, Rodríguez A. Las Vitaminas en la nutrición humana. Las Plamas España: Ayuntamiento, San Bartolomé de Tarajano, 1999.p.79-82.
75. Camacho, R. Manz. En: Soriano García J L, Galan Alvarez G, Guerra –Fi, M; eds Guía de Recomendaciones: Diagnóstico y TratamientoCáncer. Ciudad de la habana; SOCECAR, 2004: 34-45.
76. Soriano García J L, Galan Alvarez G, Guerra – Fi, M; eds Guía de Recomendaciones Diagnóstico y Tratamiento Cáncer. Ciudad de la Habana. SOCECAR, 2004:10-16.
77. Pérez Segura P, Díaz Rubio E. Consejo Genético en Oncología: Fundamentos y Objetivos En: I Workshop sobre Consejo Genético. Madrid, 21 y 22 de noviembre – 2002, Madrid, SEOM; 2002.p.5-10.
78. Guillem V . Papel del Screening en cánceres mamario Cáncer colon rectal hereditario. En: I Workshop sobre Consejo genético. Madrid, 21-22 de noviembre 2002. Madrid. SEOM; 2002.p.50-53.
79. MINSAP. Anteproyecto del Programa de Atención Médica Integral a la Familia. MINSAP. Ciudad Habana. 2004.
80. MINSAP. Programa de Atención Médica Integral a la Familia. MINSAP. Ciudad Habana. 2004.

### **3. PREVENCIÓN SECUNDARIA**

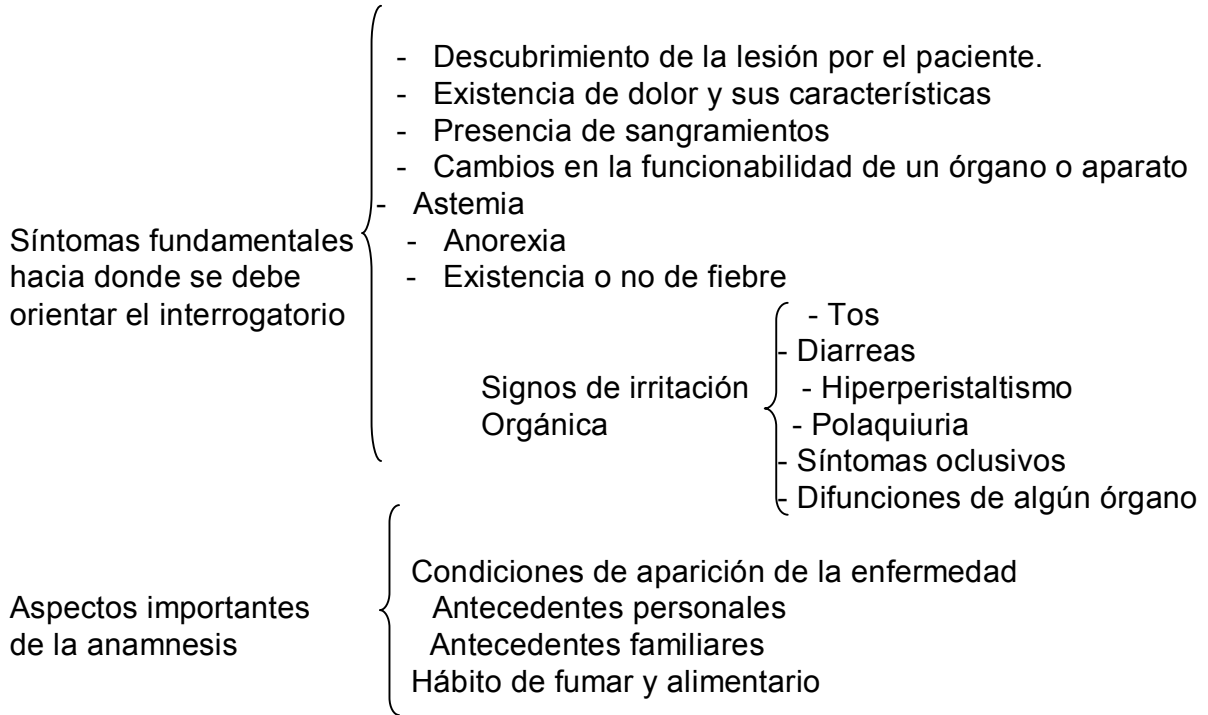
#### **3.1 El diagnóstico precoz del cáncer y los 7 signos de alerta del mismo.**

##### **3.1.1 El diagnóstico precoz del cáncer.**

Ya iniciado el proceso de transformación cancerosa, es necesario descubrir los tumores en la fase más temprana posible, cuando los tratamientos son poco agresivos y altamente efectivos.

El Equipo Básico de Salud es llamado a realizar un diagnóstico precoz del cáncer; el amplio campo de acción que posee en la atención primaria y la posibilidad no sólo de atender a las personas ya enfermas, sino también que se preocupa por la higiene, por el medio en que vive la población, su desarrollo hacen que pueda detectar y vigilar la aparición de lesiones tumorales en sus comienzos.

Para el diagnóstico clínico de los tumores es fundamental comenzar por un interrogatorio cuidadoso y el examen físico bien dirigido. El primero nos permite tomar los síntomas principales que permitan sospechar las características del proceso en desarrollo y el segundo detectar las alteraciones orgánicas producidas por el mismo.



El interrogatorio y los antecedentes son factores determinantes, pero el examen físico define la presencia de una:

Tumoración o induración

Existencia o no de infiltración

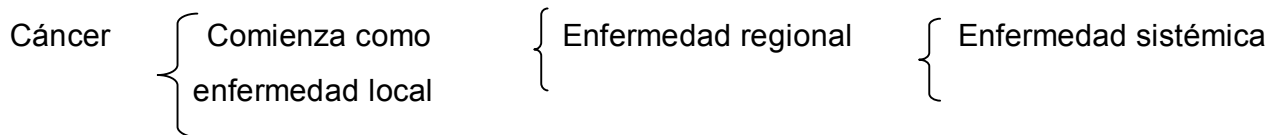
Mayor o menor movilidad de una tumoración

Existencia de dolor al presionar

Percepción de una consistencia blanda, elástica, fluctuante, renitente, dura, leñosa o pétreo.

Los ojos, las manos y los dedos bien utilizados por el clínico pueden ser más valiosos en un diagnóstico que el equipo más caro y complejo.

*Recordar:*



Los conocimientos de los factores de riesgo y las lesiones premalignas que puedan existir es necesario tenerlas en cuenta para armar el posible diagnóstico presuntivo clínico de un cáncer antes de proceder a indicar un examen complementario confirmativo.

A) Las neoplasias del tegumento o nivel superficial se presentan de las siguientes formas:

B)

Lesión en la piel	{	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nodulaciones</li> <li>Ulceraciones con bordes indurados e irregulares</li> <li>Zona retractil o indurada</li> <li>Placa más o menos decolorada</li> <li>Cambios de color</li> <li>Más frecuentes en edades avanzadas</li> </ul>
-------------------	---	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Localizaciones de los carcinomas y adenocarcinomas en la piel:

- Cabeza
- Tronco
- Extremidades
- Localizaciones más frecuentes de los melanomas:
- Palma de las manos
- Planta de los pies
- Genitales

Localizaciones de carcinomas y adenocarcinomas en cavidades superficiales:

- Cavidad bucal
- Nasal
- Ocular
- Vaginal
- Rectal

Forma de presentación en el tejido conectivo subdérmico:

- Crecimiento lento.
- Bordes imprecisos
- Infiltra hacia la superficie o en profundidad

Formas de presentación en cavidades superficiales:

Boca y vagina: - Lesión exulcerada o ulcerada      Recto: - Consistencia dura

- Bordes evergentes

- Ulceración central

- Crecimiento progresivo

- Bordes evergentes e irregulares



Indolora frecuentemente

Ante la sospecha de un cáncer, el interrogatorio, la observación y la palpación durante el examen físico son fundamentales.

Las neoplasias subtegumentarias:

B) En el espacio comprendido entre la piel y las cavidades internas torácica y abdominal existen variedad de malformaciones.

En cavidades cefálicas y cervicales: existen dos órganos con carácter secretorio: tiroides y glándulas salivares.

En Flexuras de los miembros: ganglios linfáticos por neoplasias de tejido linfohemático o secundario (metástasis) de primitivos en otros niveles de profundidad.

Características: Crecimiento crónico

Generalmente es indoloro

Lesión en hueso: primer síntoma es el dolor o la tumoración

Más frecuente en la infancia, juventud y adulto joven.

El diagnóstico en los primeros niveles tegumentarios es relativamente fácil, no sucede lo mismo con las neoplasias de los órganos internos situados en las cavidades torácicas y abdominal, en cuyo caso la observación no aporta mucho y el interrogatorio ofrece la sintomatología cuando el proceso ha avanzado y produce alteraciones funcionales o compresivas de la región de ubicación, por lo tanto el examen físico es más complejo y se hace necesario un buen análisis para orientar los exámenes complementarios.

C) Las neoplasias de las cavidades internas:

Cerebro: Los síntomas son debido a encontrarse en una cavidad limitada por una caja ósea, por lo tanto cualquier aumento de volumen expansivo orgánico comienza por producir compresión del resto del tejido nervioso y de ellos se derivan los principales síntomas.

1er síntoma:

Cefalea: Caracterizada por no tener antecedentes, son esporádicas y repetidas, primero discretas pero persistentes, con pocas fases de reversibilidad acompañadas del trastorno del carácter motor, vértigos y dificultad al caminar.

Otros síntomas : Vómitos caracterizados por ser explosivos y crecientes.

Bradycardia.

*Resumen para sospechar una neoplasia cerebral:*

Cefalea mantenida sin causa justificada

Alteración de la visión

Alteración motora

Vómitos no explicables

Modificaciones repentinas de la memoria, en las respuestas y en ubicación de tiempo y espacio.

Si los síntomas anteriores se presentan en la infancia o la juventud serán mucho más sospechosos.

Tórax Tenemos tres principales localizaciones: Esófago: carcinomas (órgano hueco)

Bronquios: carcinomas y adenocarcinomas (hueco y mixto)

Mediastino: linfomas y mixtos o embrionario (sólidos)

Esófago: Principal síntoma disfagia a alimentos sólidos y progresivamente hasta los líquidos.

Bronquios: Más frecuentes en fumadores

Tos y disnea

Procesos inflamatorios neumónicos

Espustos hemoptoicos

Dolor

Mediastino: Linfomas

Derrame pleural: carcinoma bronquial a forma mediastinal y tumores mixtos (teratomas). Los demás síntomas dependen de la compresión tumoral sobre las estructuras mediastinales.

Abdomen: Es el nivel más complejo .

a) Organos huecos: Aparato digestivo y aparato urinario.

Síntomas: Funcionales o por característica de la expulsión de su contenido.

Obstructivo:

Vómitos

Dolor

Diarreas (digestivo)

Disuria (urinario)

Aparato digestivo:

Hematemesis

Enterorragia

Melena

Aparato urinario:

Hematuria

Dolor

Hay que tener en cuenta que muchas veces la sintomatología no es del tumor primitivo sino de la metástasis en hígado, pulmón, ganglios, suprarrenales, etc.

b) Organos sólidos:	Hígado	Ovario
	Páncreas	Próstata
	Suprarrenales	Ganglios
	Bazo	

Al comienzo casi ninguno causa síntoma, solamente cuando existe metástasis en regiones superficiales o por disfunciones.

Hígado y Cabeza de Páncreas: Ictericia progresiva

Próstata: Dificultad en la micción.

Mientras más profundo es el órgano más difícil es detectar la existencia de un tumor. En orden de frecuencia los tumores malignos en el abdomen son:

Carcinomas

Adenocarcinomas

Linfomas

Sarcomas.

Recordar siempre de buscar la explicación de los síntomas generales:

Pérdida de peso

Anorexia

Astenia

Palidez

### **3.1.2 Los siete signos de alerta de cáncer.**

En la atención primaria, lo más importante es sospechar la posible existencia de los tumores maligno. La detección temprana es la mejor oportunidad de curarse de una neoplasia maligna, dependiendo fundamentalmente del mayor dominio que tengan los médicos sobre que es, cómo se desarrolla y cómo se manifiesta el proceso desde su comienzo.

Por ello presentamos a continuación las siete condiciones semiológicas clásicas que alertan acerca de la posible existencia de una neoplasia maligna.

TABLA 9. SIETE SIGNOS DE ALERTA DE CÁNCER

<i>1. Nódulos en la mama u otros lugares del cuerpo. Comprende una induración nodular de tamaño variable, generalmente única. Puede ir acompañada de otros signos y síntomas.</i>		
Localización	Característica	Posible diagnóstico
Mama	Regularmente unilateral. Presencia de adenopatías en la axila	Cáncer de mama
Regiones linfáticas	Linfoadenopatías únicas o múltiples. Fiebre Espleno-Hepatomegalia	Linfomas y leucemias
Testículo	Induración progresiva no dolorosa	Cáncer del testículo
Huesos	En niños o adultos jóvenes con abultamiento localizado y dolor sin causa explicable	Sarcomas óseos
Partes blandas	Aumento del volumen tumoral en tejidos blandos. La mayoría en los miembros. Indoloro.	Sarcoma de partes blandas
<i>2. Pérdida de sangre no habitual</i>		
Aparato genital femenino	Pérdida sanguinolenta fuera del ciclo habitual en premenopáusica y sangramiento en postmenopáusica. Manchas sanguinolentas al coito.	Cáncer cervico-uterino Cáncer de endometrio
Aparato génito urinario masculino	Con disuria en cualquier momento de la micción. Hombres de más de 50 años	Cáncer de vejiga y/o riñón Cáncer de próstata
Aparato digestivo	Enterorragia con moco o flema	Cáncer colon rectal
<i>3. Cambio de color o tamaño en lunares o verrugas</i>		
Piel	Lesión pigmentada. Nodular o en placa con bordes irregulares	Melanoma Cáncer de piel
<i>4. Ronquera o tos persistente</i>		
Tórax y vías aéreas superiores	Dolor torácico, tos crónica con expectoración que aparece o que cambia sus características en el fumador	Cáncer del pulmón Cáncer de laringe
<i>5. Cambios en el movimiento intestinal habitual</i>		
Aparato digestivo	Constipación y diarreas alternantes	Cáncer de colon
<i>6. Úlcera cuya causa se desconoce y no cura</i>		
Piel	Lesión plana o nodular, con bordes evergentes en áreas expuestas	Cáncer de piel

Localización	Característica	Posible diagnóstico
Cavidad bucal	Lesión indolora en la mucosa de la cavidad y lengua	Cáncer de cavidad bucal
<i>7. Indigestiones persistentes o dificultad al ingerir alimentos</i>		
Estómago	Síntomas dispépticos con o sin hematemesis o melena	Cáncer gástrico
Esófago	Disfagia progresiva. Odinofagia en ocasiones	Cáncer de esófago

Por la repercusión que tiene en la comunidad la aparición de la metástasis en la evolución de un paciente con tumor maligno presentamos una síntesis de los síntomas y posibles localizaciones de ellas en los órganos que se afectan primero y con más frecuencia.

TABLA 10. LOCALIZACION Y SÍNTOMAS DE POSIBLES METÁSTASIS

Localización primaria	Primeros síntomas	Organos metastizados
Mama	Cefaleas, problemas con la visión, confusión Adenopatías en axila, región cervical e ingle Tos y dolor torácico Ojos y piel amarillenta Dolor en los huesos	Cerebro Linfonódulos Pulmón Hígado Huesos
Pulmón	Cefaleas, problemas con la visión, confusión Dolor en los huesos Ojos y piel amarillenta. Abdomen abultado	Cerebro Huesos Hígado
Colon	Cefaleas, problemas con la visión, confusión Tos y dolor torácico Adenopatías en axila, región cervical e ingle	Cerebro Pulmón Linfonódulos
Próstata	Dolor en los huesos Ojos y piel amarillenta Homigqueo y entumescimiento en los dedos de los pies Adenopatías en la ingle	Huesos Hígado Médula espinal Linfonódulos

### **3.2 Lesiones premalignas**

Las lesiones premalignas son alteraciones hícticas que ofrecen altas posibilidades de transformarse en una neoplasia maligna; esto no quiere decir que siempre una neoplasia maligna se desarrolle a partir de una lesión premaligna ya que la mayoría de ellas surge a partir de un tejido aparentemente sano.

Las llamadas lesiones premalignas tienen una mayor potenciabilidad para convertirse en cáncer que el tejido normal de cualquier órgano, por lo tanto la conjunción de las lesiones precancerosas y los factores de riesgo es un amplio campo de prevención en el cáncer y donde el Equipo Básico de Salud ocupa un lugar de vanguardia para su atención y eliminación. La frecuencia y rapidez con que tales lesiones precancerosas provocan el cáncer invasivo varía según el tipo de lesión, el órgano afectado y otros factores.

Si necesaria es la detección precoz de una neoplasia maligna, más, es hacer el diagnóstico de una lesión precancerosa.

Es importante considerar las lesiones producidas por el crecimiento proliferativo como son en general las hiperplasias, las metaplasias y además las displasias; agravadas por el atipismo en sus células que las hacen más peligrosas. Estas lesiones en general son reversibles al cesar el estímulo que le dio origen.

TABLA 11. LESIONES PRECANCEROSAS MAS FRECUENTES

Localización	Lesiones premalignas
faringe	Leucoplasia
Esófago	Displasia
Estómago	Gastritis atrófica
Colon recto	Polipos
Laringe	Hiperqueratosis y Papilomas
Pulmón	Leucoplasia Papiloma Atipia citológica Adenoma bronquial
Vejiga urinaria	Leucoplasia Papiloma
Piel	Queratosis actinica (solar) Queratosis senil Queratosis arsenical Leucoplasia
Sistema Hematopoyetico	Estados mieloproliferativo
Tiroides	Adenoma
Cuello uterino	Leucoplasia Displasias citológicas
Endométrio	Atipia citológica Hiperplasia
Mama	Papiloma intracanalicular Enfermedad quística crónica Hiperplasia Adenosis

Las leucoplasias son las manchas blanquecinas en las mucosas y se plantea es una lesión benigna resultado de una metaplasia sin embargo ofrece una alta posibilidad de transformación maligna; que puede ser promovida por avitaminosis, por agentes irritativos : tabaco y alcohol. La forma de eliminación es la administración de vitaminas, la eliminación de los factores de riesgo o la excéresis quirúrgica en caso de persistir

Los pólipos, específicamente en el colon, son lesiones premalignas, cuando se presenta como poliposis múltiple familiar tienen más posibilidad que la mucosa normal del colon de sufrir cambios en la tipología celular y comenzar a crecer en forma irregular e infiltrar y convertirse en una neoplasia del colon. Los polipos hacen protusión en la luz del estómago y el colon. Su diagnóstico y la resección simple por su base de implantación eliminan esta posibilidad.

Los papilomas se observan en las superficies epiteliales como prolongaciones digitiformes o verrucosas. Su eliminación quirúrgica y su diagnóstico anátomo patológico es la conducta correcta.

Las displasias por la variación del volumen, la forma y la organización se caracterizan por cambios proliferativos algo irregulares y atípicos como respuesta a una irritación o inflamación crónica. La eliminación de la causa es la orientación terapéutica adecuada.

Los adenomas son neoplasias benignas epiteliales que tienen un patrón glandular.

En el estómago la gastritis crónica atrófica asociada a la presencia de la anemia perniciosa, se caracteriza por cambios metaplásicos y displásicos.

En la piel la queratosis senil es la más frecuente lesión encontrada principalmente en ancianos; en general son lesiones múltiples, a veces elevadas o en placa, hiperqueratósicas y pequeñas. Una forma particular es el llamado cuerno cutáneo y que por su base puede degenerar en un carcinoma. La queratosis solar o actínica es una lesión cutánea premaligna caracterizada por pequeñas pápulas o placas, eritematodescamativa. Cuando forma una excrescencia de queratina cónica dura también se le llama cuerno cutáneo. La eliminación quirúrgica es la terapéutica adecuada.

Los estados mieloproliferativos deben tener una atención esmerada con el cumplimiento del tratamiento para evitar posibles transformaciones evolutivas.

No todos los adenomas tiroideos son potencialmente capaces de transformarse, entre ellos se destaca el adenoma atípico como el de mayor peligro, queda en manos del cirujano y del patólogo su diagnóstico y tratamiento.

En el cuello uterino o en el esófago el diagnóstico de displasia se logra con la toma citológica y/o confirmación biopsica. La terapéutica en estos casos está normada por los especialistas correspondientes.

En la toma de un legrado diagnóstico del endometrio podemos encontrarnos atipia citológica, este resultado debe alertarnos. Por tanto comenzar en estudios con mayor profundidad, la aplicación de la terapéutica normada frente a la posibilidad de una hiperplasia endometrial.

En la mama las posibilidades de las hiperplasias y las adenosis están en correspondencia con la exéresis de un amplio campo y su diagnóstico anátomo-patológico. La excrecencias en los conductos mamarios y la producción de secreciones por el pezón nos lleva a la sospecha de su origen papilar y que debe ser confirmado para su tratamiento y por la observación continua.



Por último debemos hablar de la enfermedad fibroquística de la mama o displasia mamaria que en los últimos años ha sido el centro de discusiones sobre su transformación neoplásica con mayor posibilidad que el tejido normal o con iguales posibilidades. Actualmente no se considera como una enfermedad, ni como lesión premaligna de la mama; aparece como un trastorno endocrino que produce alteraciones en el tejido mamario con una fibroadenosis donde a veces predomina el tejido fibroso o los quistes, muy distintas a las lesiones proliferativas ya comentadas.

Teniendo en cuenta que la eliminación de estas lesiones premalignas es la base para evitar un cáncer nos encontramos con una posibilidad real de su evitación si hacemos su diagnóstico correcto y efectuamos la terapéutica normada en los centros y manos experimentadas.

En el Programa de Atención Médica Integral a la Familia se establece la necesidad del examen físico completo, incluyendo el examen bucal y de las mamas.

### **3.3 Programas de lucha contra el cáncer. Programa Nacional del Control del Cáncer en**

#### **Cuba**

##### **3.3.1 Programas de cáncer**

La lucha contra el cáncer se sustenta en los programas nacionales de lucha contra el cáncer, con bases científicas y por los progresos en los conocimientos médicos, elementos indispensables para establecer los programas sistemáticos de alcance nacional.

La Organización Mundial de la Salud estimula, orienta y controla la realización de dichos programas dentro de las estrategias sanitarias nacionales en las que ocupa un lugar cada vez más importante la lucha contra el cáncer.

El establecimiento de un programa nacional de lucha contra el cáncer cuidadosamente planificado y con prioridades bien definidas constituye la medida más racional para alcanzar un alto nivel de control del cáncer. Las medidas preventivas dentro de los programas son más asequibles y apropiadas frente al empleo de técnicas y equipamientos muy complejos y costosos que no todos los países pueden tener.

En el aspecto del diagnóstico precoz del cáncer es conocido que cuanto antes se detecte y se diagnostique un cáncer más posibilidades hay de que el tratamiento curativo tenga éxito, sobretodo en cánceres de mama, cuello uterino, boca y piel; por lo tanto es esencial enseñar a la población a reconocer los síntomas iniciales de la enfermedad y a solicitar sin demora la asistencia médica, este objetivo se logra mediante campañas de educación sanitaria y adiestramiento del personal de la atención primaria de salud.

Otro método de diagnóstico precoz es la detección, es decir, el examen en masa de la población mediante sencillas pruebas para identificar los casos asintomáticos.

Los objetivos básicos del tratamiento del cáncer son la curación, la prolongación de la vida y el mejoramiento de la calidad de vida; por ello en todo programa hace falta integrar las directrices de los recursos terapéuticos con los programas de detección y diagnóstico precoz, y formular normas de tratamiento para los tipos de cáncer más frecuentes en el país.

Por último como el mejoramiento de la calidad de vida tiene enorme importancia para los enfermos, hay que considerar como elementos integrales y esenciales el alivio del dolor y la asistencia paliativa.

Para establecer un programa nacional de lucha contra el cáncer hay que tener en cuenta cuatro medidas básicas:

Evaluar la magnitud del problema cáncer en el país.

Formular objetivos medibles para las actividades de lucha.

Evaluar posibles estrategias

Seleccionar las prioridades para las actividades iniciales.

La lucha contra el cáncer abarca una amplia gama de actividades que van desde la prevención primaria hasta la asistencia paliativa, pasando por diagnóstico precoz, el tratamiento y la rehabilitación. No podemos olvidar que el compromiso político es indispensable para adoptar y aplicar estas estrategias y que en nuestro país es un principio del Estado y el Partido.

En el Programa de Atención Médica a la Familia se establece las funciones del MINSAP en los distintos niveles para garantizar la integración conceptual, metodológica y práctica de los programas nacionales de salud al En el Programa de Atención Médica a la Familia evitando indicaciones verticales desde los programas nacionales para ser cumplido por los equipos básicos de salud, por lo tanto los programas de cáncer están incorporados dentro de las acciones que diariamente realizamos con las personas, las familias, la comunidad y el ambiente.

### **3.3.2 Programa Nacional de Control del Cáncer en Cuba**

Desde la década del 1960 el Ministerio de Salud Pública viene haciendo esfuerzos para el control del cáncer. En 1986 se implementó el Programa Nacional de Reducción de la Mortalidad por Cáncer siguiendo las recomendaciones de la OMS, en él se agruparon los programas preexistentes y se incorporaron otros nuevos.

Entre las principales acciones realizadas o antecedentes del programa actual relacionado con la atención primaria de salud debemos destacar los siguientes:

1969 – Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer del Cuello Uterino.

1983 - Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer Bucal.

1986 - Programa Nacional de Reducción de la Mortalidad por Cáncer.

1990 - Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama.

1992 – Actual Programa Nacional de Control de Cáncer.

1993 – Evaluación Externa OPS – OMS. Resultado satisfactorio.

1993 - Programa Nacional de Control de Cáncer de Cuba como proyecto demostrativo para las Américas (Canadá)

1995 - Evaluación Externa OPS – OMS. Resultado satisfactorio

1996 – Reunión de expertos OMS (Australia)

*Objetivo General del Programa Nacional del Control del Cáncer:*

Reducir la mortalidad y la morbilidad por cáncer en Cuba e incrementar la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

*Objetivos específicos del Programa Nacional de Control del Cáncer:*

Disminuir la mortalidad por cáncer con un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado.

Disminuir la incidencia por cáncer en las localizaciones que tienen factores de riesgo previsibles.

Aumentar la supervivencia de los pacientes con cáncer.

Reducir la mortalidad infantil por cáncer.

Aumentar la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

*Fundamentales vertientes de acción:*

Dado que las causas del cáncer son múltiples y muchas de ellas tienen que ver con los hábitos y conductas de los individuos la promoción y prevención de salud ocupa un lugar importante para disminuir su incidencia.

En la atención primaria el diagnóstico precoz se basa en cumplimentar las acciones de los diferentes programas de control de cáncer.

En el tratamiento adecuado debe velarse porque el paciente oncológico sea atendido en los centros con experiencia donde existen las condiciones mínimas para la atención oncoespecífica y siguiendo las normaciones terapéuticas establecidas.

Los cuidados paliativos y la rehabilitación del paciente oncológico requieren de la atención del Equipo Básico de Salud, el apoyo familiar.

*Programas que comprenden el Programa Nacional de Control de Cáncer en Cuba:*

Programa Nacional de Educación en Cáncer.

Programa Nacional de Lucha Antitabáquica.

Programa Nacional de Control del Cáncer Cérvico Uterino.

Programa Nacional de Control de Cáncer de Mama.

Programa Nacional de Control de Cáncer Bucal.

Programa Nacional del Cáncer Pediátrico.

Programa Nacional de Investigaciones en Cáncer.

Programa Nacional de Atención al Dolor y Cuidados Paliativos al Paciente Oncológico.\*

Programa Nacional de Garantía de la Calidad de Radioterapia.

Programa Nacional de Garantía de la Calidad de Quimioterapia.

Programa Nacional de Garantía de la Calidad de Cirugía Oncológica.\*\*

\* Pendiente de extensión a todo el país

\* \* Está en proceso

El Sistema Nacional de Salud de Cuba tiene bien definidas las estrategias y los programas que se fueron perfeccionando mediante la implantación de la Carpeta Metodológica, base fundamental para el trabajo de la salud en los últimos años.

La piedra angular del programa de control de cáncer es el Equipo Básico de Salud en la atención primaria, esta característica distingue a nuestro programa del resto de los establecidos en el mundo y le brinda la posibilidad de garantizar la cobertura real de sus acciones y una mayor interacción con el resto de los niveles de atención en el sistema de salud.

Acciones de la atención primaria en el Programa Nacional de Control del Cáncer

Un gran número de las acciones está contempladas dentro del Programa de Atención Médica Integral a la Familia de la Dirección Nacional de Atención Ambulatoria del MINSAP, ya que el fin de la atención primaria es desarrollar la atención integral mediante la adopción de medidas encaminadas al fomento y a la protección de la salud, a la curación y rehabilitación del enfermo, a la educación sanitaria de la población, y a la vigilancia del medio en que nos desenvolvemos. También debe potenciar la participación de la comunidad en la gestión de los servicios y en la responsabilidad y el cuidado de su propia salud.

El Equipo Básico de Salud deviene en el pilar fundamental para la ejecución de estas acciones.

Se establece que el médico y la enfermera de la familia están en condiciones de llevar a cabo de una forma integral las acciones de los diferentes programas. Estas acciones dirigidas al cambio de creencias, conductas y valores deben ser continuadas sistemáticamente durante un lapso de tiempo considerable.

*Las actividades de promoción y prevención se describen a continuación:*

Educar en los efectos dañinos de la adicción al fumar y la ingestión de bebidas alcohólicas.

Motivar a la población con vista a que modifiquen ciertos hábitos dietéticos y determinados patrones de conducta sexual.

Insistir en el conocimiento de la población de los siete signos de alerta del cáncer.

Incentivar y propiciar el cumplimiento de los tratamientos indicados en los pacientes que son atendidos en los servicios especializados de Oncología.

Educar e instruir a la población femenina en la realización del auto examen mamario, incentivarlo a que le realicen el examen físico de las mamas cuando sea citada o le corresponda a realizarse su mamografía.

Educar a la población femenina en la importancia de la realización de la prueba citológica.

Educar a la población mayor de 15 años en la importancia del auto examen bucal, el examen clínico del complejo bucal y la visita al estomatólogo.

Educar a los hombres mayores de 50 años sobre la necesidad de realizársele por su médico el tacto rectal una vez al año.

Divulgar en la población la existencia de un programa para el alivio del dolor y los cuidados paliativos al paciente terminal.

Fomentar, en la comunidad, la educación para la salud dirigida al paciente y sus familiares, con énfasis en los aspectos psicosociales.

En el Programa de Atención Integral a la Familia en cuanto a los grupos específicos señala en la medida de promoción y prevención para lograr una Salud reproductiva el centro de los factores de riesgo realizados en el estilo de vida, así como el examen de la mama con orientaciones sobre sus cuidados y técnica. Se lucha mucho por la salud reproductiva y las acciones que debe realizar el Equipo Básico de Salud, pero estas medidas debe de mantenerse en toda la vida.

La prevención de conducta de riesgo como el habito de fumar y el alcoholismo aparece desde el grupo de edad desde los 5 a 14 años se continua con el grupo de 15-29 años y se amplia en el grupo de 20-59 años donde se le incorpora al examen de las mismas y como prueba diagnósticas la mamografía y la y la realización de la citología orgánica. En el adulto mayor el examen bucal toma una mayor importancia aunque siempre se debe realizar a cualquier grupo. Ya en el adulto mayor el examen, el tacto rectal y vaginal nunca puede ser olvidado.

En una forma general las secciones de promoción y prevención individual y familiar que requiere estimular la autoresponsabilidad y en reforzar los valores.

Actualmente se encuentra en revisión con una proyección futura este programa nacional en base a las necesidades del desarrollo de la Oncología y del avance de cáncer en el país.

### **3.4 Programa Nacional de Educación en Cáncer**

#### **Justificación**

La comprensión de los procesos que originan la aparición del cáncer y la acumulación de las evidencias científicas que lo vinculan con los estilos de vida, presupone diseñar una estrategia para su control, donde no sólo, se evalúe en que medida la población está

afectada sino también poder determinar los factores que estén influyendo en la aparición y el desarrollo para lo cual se aplican programas nacionales de control.

Estos programas lograrán su máxima eficiencia en el marco de un plan sanitario completo, donde la atención primaria constituye la primera línea de defensa, preparada para asumir tres funciones fundamentales:

Educar a la población acerca de la enfermedad.

Detectar la enfermedad en estadio evolutivo susceptible de curación.

Remitir al enfermo sospechoso a los servicios de diagnóstico y tratamiento apropiado.

En las evaluaciones que se le han realizado al programa nacional de control del cáncer en los últimos años, se identifican como puntos críticos la deficiente educación de los profesionales de la salud, los maestros y la población general en cuanto a los factores de riesgo y las formas de lograr cambios de estilos de vida, a lo que se le suma el poco impacto de los programas de tamizaje (mama, cuello y boca), elementos todos asociados en un programa de educación en cáncer que sirva de soporte a las acciones establecidas.

### **Objetivo general**

Promover la adopción de estilos de vida más saludables en la población a través de acciones de información, educación y comunicación social; asociado al control de los factores de riesgo, el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y la rehabilitación.

### **Objetivos específicos**

Desarrollar acciones de información a la población sobre los factores de riesgo asociados al cáncer.

Desarrollar acciones educativas dirigidas a la modificación de creencias, actitudes y conductas de la población con relación al cáncer.

Desarrollar acciones de comunicación social con el propósito de reforzar los mensajes seleccionados.

Preparar los recursos humanos necesarios para lograr la participación efectiva y consciente de la población y de los trabajadores de la salud tanto en las acciones educativas como en las de refuerzo.

### *Mensajes básicos:*

Factores de riesgo en el siguiente orden de prioridad.

Consumo de tabaco.

Hábitos dietéticos no saludables.

Consumo de alcohol.

Poca actividad física

Otros factores psicosociales.

*Programa Nacional de Educación en Cáncer. Papel del Equipo Básico de Salud.*

El nuevo Programa de Educación en Cáncer establece las funciones del Equipo Básico de Salud para sus intervenciones en la comunidad y a continuación recomendamos el procedimiento educativo que pueden seguir para cumplir con éxito estas funciones:

*a) Educar sobre los riesgos del cáncer. Labor educativa.*

Comunicación cara-cara en las entrevistas tanto en el consultorio como en las visitas de terreno.

Actividades grupales con técnicas de gran participación y efectividad con grupos dispensarizados (abuelos, jóvenes, hipertensos, fumadores, entre otros)

Actividades grupales con las personas que diariamente concurren al consultorio a través de conservatorios y otras variantes de la charla donde tengan participación adecuada.

Actividades masivas en audiencias con la comunidad en reuniones de: consejos populares y/o circunscripciones, de los CDR, FMC y ANAP.

*b) Estimular la limitación de la venta de tabaco y alcohol a través de:*

Consejo de salud del consultorio.

Participación en reuniones del consejo popular y/o circunscripción.

Participación en comisiones de prevención social.

Cumplimentar la resolución 130 sobre la prohibición del tabaquismo en las unidades de salud.

Actividades educativas en los diferentes grupos dispensarizados sobre la desestimulación del tabaquismo y alcoholismo con énfasis en los que tienen esa adicción y en protección de los que le rodean que no tienen estas adicciones.

*c) Promover modificaciones en el tipo de alimentación y el estilo de vida en general.*

Para ello el equipo promoverá estilos de vida saludables a través de la educación para la salud al individuo, la familia y la colectividad enfatizando en:

Dieta sana con un elevado consumo de frutas y verduras, para esto deben estar actualizados sobre la oferta que existe en los establecimientos cercanos como mercados agropecuarios, organopónicos, placitas y otros dedicados al expendio de frutas y vegetales en general. También la disminución del consumo de grasas, productos ahumados entre otros que resulten cancerígenos.

Práctica del ejercicio físico en los diferentes grupos de la comunidad, para ello deben ser ejemplos de estas prácticas tanto el médico como la enfermera de la familia.



Promover la participación en actividades recreativas y culturales que ocupen el tiempo libre y sirvan de relajación y disminución del stress.

*d) Educar en la importancia de las medidas contra las enfermedades transmisibles.*

Pueden constituir riesgo de cáncer enfatizado en las de transmisión sexual y la hepatitis B que en estas se insistirá en el empleo de la vacuna a los grupos de riesgo y en general en la práctica adecuada de la higiene y del comportamiento sexual.

*e) Promoción y educación para la salud en general.*

El médico y enfermera de la familia educarán en:

La autoresponsabilidad de la salud del individuo que le permita conocer cualquier señal o síntoma de alarma del cáncer, ante los cuales debe acudir a recibir la atención médica oportuna para detectar a tiempo cualquier enfermedad que pueda ser tratada en brevedad.

Cuidados de la salud: evitando la exposición al sol sin protección y en horarios de mayor intensidad y uso de los medios protectores en los centros de trabajo que lo requieran, realización del autoexamen de mama en las mujeres, autoexamen bucal en la población adulta (para estos tipos de autoexamen deben utilizarse técnicas como la demostración y debates al efecto), sobre el tacto rectal en los hombres mayores de 50 años para que acudan al consultorio al arribar a la edad, la realización de la citología orgánica y su importancia desde los 25 años.

La adecuada rehabilitación en los enfermos que la requieran y la capacitación en la atención al enfermo y la familia sobre cuidados paliativos.

De todas estas acciones se deriva la fundamental tarea de los Equipos Básicos de Salud del área de salud que tienen a su cargo la dirección y el control de la ejecución del programa desde ese nivel hasta la comunidad.

### **3.5 Programa Nacional de Control del Cáncer Cervico-Uterino**

#### **Justificación**

El cáncer invasor del cuello uterino se encuentra entre las localizaciones más frecuentes de cáncer y su alta mortalidad preocupa a los administradores de salud, que han encontrado en un programa que incluye la detección precoz, su posibilidad de control y disminuir los indicadores negativos del cáncer cérvico-uterino en la mujer cubana.

Conociendo los factores de riesgo exógenos que participan en la aparición de esta lesión tumoral también debemos valorar en la prevención primaria nuestra participación ya que actualmente se considera un proceso de transmisión sexual.

El screening por citología para detectar el cáncer de cuello uterino a sido efectivo para reducir la incidencia y la mortalidad de la enfermedad en los países desarrollados con una amplia cobertura, buena calidad y garantiza al tratamiento de las lesiones premalignas.

Cada cierto tiempo el desarrollo científico, el papel de la Epidemiología y la historia natural de la enfermedad determinan revisiones y actualizaciones de modo que favorezcan mejorar la eficacia en este programa y alcanzar la disminución de la mortalidad y la morbilidad por este tipo de cáncer.

#### Objetivo general

Disminuir la mortalidad y conocer la morbilidad por cáncer del cuello uterino, mediante la detección de este en su etapa más temprana posible, lo que permita una terapéutica precoz y eficaz.

#### Objetivos específicos

Realizar la detección del cáncer del cuello uterino en todas las mujeres de riesgo.

Detectar las neoplasias intraepiteliales en sus distintos grados.

Detectar el cáncer en sus etapas tempranas (0 y 1)

Contribuir al diagnóstico de otras etapas de este cáncer.

Aplicar el tratamiento adecuado a las pacientes en cada una de las diferentes etapas clínicas.

Hacer seguimiento evolutivo de los casos detectados y tratados.

Realizar un trabajo educativo sistemático para que la población femenina adquiera conocimientos y adopte actitudes y conductas responsables en relación con la prevención del cáncer cervico-uterino.

#### Universo y periodicidad

Población femenina a partir de los 25 años de edad y que haya tenido vida sexual activa; es necesario lograr una cobertura de dicha población del 90 al 100%. La prueba citológica se repetirá cada 3 años entre los 25 a 59 años de edad.

Si una mujer a cumplido con el programa, es decir, con la periodicidad establecida y sus últimas 3 pruebas son negativas puede salir del mismo a los 60 años.

Si la mujer entra al programa a partir de los 60 años se realiza la prueba por primera vez y si tuvo un resultado negativo deberá repetírsela al año y después a lo 5 años para poder salir del programa.

Si se logra que una mujer tenga hecha aunque sea una sola prueba citológica en su vida debe ser entre los 30 a 49 años.

#### Grupos de riesgo:

*Bajo riesgo. No deben de ser incluidas en el programa.*

Mujeres que nunca han tenido relaciones sexuales.

Mujeres a quienes se le ha practicado histerectomía total por procesos benignos.

*Alto riesgo:*

Mujeres que han comenzado a tener relaciones sexuales ante de los 20 años, más significativo ante de los 18 años.

Mujeres que han tenido múltiples compañeros sexuales.

Mujeres que han padecido enfermedades de transmisión sexual, especialmente los llamados oncovirus: papiloma viral humano (condiloma) y el herpes simple genital.

Nos corresponde valorar las tareas del programa en la atención primaria que se llevan a cabo en los consultorios del médico de la familia, en los policlínicos y en los hospitales rurales, mediante la toma de la muestra citológica a toda mujer comprendida en el universo del programa.

Funciones del Grupo Básico de Trabajo (GBT).

Conocer el universo de mujeres a examinar cada año en su grupo de trabajo.

Garantizar que todos los médicos y enfermeras de su GBT dominen la técnica de la toma de la muestra, identificando a aquellos que tienen dificultades, para su capacitación.

Controlar que todos los consultorios de su GBT, dispongan de los recursos materiales necesarios para la toma de la muestra.

Participar conjuntamente con el médico y la enfermera del consultorio en el manejo de las pacientes negadas y aquella con resultados anormales.

Mantenerse actualizado sobre la situación clínica de las pacientes que están asistiendo a la consulta de Patología de cuello.

Controlar sistemáticamente el cumplimiento del programa en cada consultorio, identificando a aquellos que tienen dificultades al analizarse las causas del incumplimiento y su solución.

Analizar en las reuniones del GBT las fallas del programa incluyendo las discusiones de fallecidas.

b) Funciones del Equipo Básico del Consultorio Médico (Médico y Enfermera).

El desarrollo correcto del programa en su comunidad es responsabilidad del Equipo Básico de Salud.

Determinar anualmente la población a pesquisar en su consultorio, clasificándola como casos nuevos y reexamen.

Realizar actividades de promoción encaminadas a educar a la población en la importancia de este programa.

Realizar la toma de la muestra a todas las mujeres incluidas dentro del grupo a pesquisar garantizando su identificación y envío al policlínico.

Cumplir con las normas técnicas indicadas para la toma de la muestra.

Llenar y actualizar las tarjetas de citodiagnóstico.

Mantener el control de las citologías así como su registro estadístico.

Orientar a la paciente sobre la recogida del resultado del examen así como la fecha del próximo examen.

Visitar el hogar de aquellas pacientes con resultados anormales de la prueba citológica e informarles sobre su asistencia a la consulta de patología de cuello.

En los casos de pacientes negadas a realizarse la prueba citológica, así como aquellas inasistentes a consulta de patología de cuello es importante la participación integral del GBT.

Trabajar con las brigadistas sanitarias de la FMC con vista a lograr apoyo para el desarrollo del programa.

c) Funciones de la enfermera del programa.

Conocer el universo de mujeres a examinar cada año en su área.

Recepcionar las muestras enviadas de los consultorios.

Comprobar la identificación y correcto llenado de las tarjetas de citodiagnóstico.

Inscripción de las muestras en el libro registro.

Enviar al laboratorio de citodiagnóstico las muestras recepcionadas en el policlínico.

Inscribir en el libro de registro los resultados recibidos del laboratorio.

Efectuar visita mensual a la consulta de patología de cuello, para el control y chequeo de los casos con resultados anormales.

Informar al Equipo Básico del consultorio, inmediatamente que se conozca, de una paciente con resultado anormal.

Control de la asistencia de las pacientes a las consultas de patología de cuello.

Participar en las actividades de capacitación permanente que se organicen sobre el programa.

Realizar control sistemático de las citologías no útiles e informarlo al GBT.

Participar en las actividades de supervisión integral del programa a los consultorios médicos.

d) Conducta a seguir frente una paciente con prueba citológica anormal.

La enfermera despachará con el laboratorio de citodiagnóstico al cual pertenece su policlínico mensualmente para poder controlar y chequear los casos con resultados anormales, así como las medidas tomadas y las conclusiones diagnósticas de las mismas.

Igualmente debe comunicarse de inmediato al departamento de estadística, Jefa de enfermería y al Equipo Básico de Salud.

Estas pacientes son visitadas de inmediato por la enfermera para orientarle el día y la hora de su consulta en patología de cuello. Esta visita se repetirá siempre que la paciente sea inasistente a dicha consulta.

Conducta que se debe seguir en casos de pacientes con citología no útil.

Esta paciente es visitada por las enfermeras de terreno y se le explicará la necesidad de repetirse su prueba citológica, si no acude se seguirá citando tantas veces como sea necesario, hasta lograr el objetivo de la visita.

Opinamos que al obtener una citología no útil realizada por Equipo Básico del consultorio, la segunda prueba debe ser tomada por el ginecólogo del GBT, buscando mayor efectividad del resultado y si persiste la prueba no útil en su resultado debe ser valorada en la consulta de patología de cuello correspondiente.

*Otros componentes de la comisión del programa:*

Educación para la salud participa con las orientaciones a la comunidad a través de sus actividades con las organizaciones de masas y políticas (PCC, UJC, FMC, CDR, ANAP, FEU, FEEM, CTC).

Específicamente la FMC a través de sus brigadistas sanitarias y la secretaria de producción y salud participa en la captación de toda mujer en edad de riesgo siendo su función de vital importancia.

No debemos olvidar la posibilidad de usar a los sicólogos en esta actividad y así esta orientado por grupo nacional de dicha especialidad para lograr una mayor incorporación de mujeres negadas a cumplir las normas establecidas en este programa.

f) Técnica para la toma de la muestra citológica

*Realizarse por personal adiestrado.*

*Interrogatorio:*

24 horas antes no puede:

Haber sido sometida a exploración bimanual ginecológica

Haber tenido relaciones sexuales.

Haberse realizado duchas vaginales.

7 Días antes: no usar medicamentos por vía vaginal.

15 Días antes no haber tenido manipulación del cuello uterino: legrado, colocación o retiro de DIU.

Meses antes: no haber sufrido tratamiento destructivo en el cuello: criocirugía, electrofulguración etc.

*Recolección de muestra:*

Preparación de todo el material necesario

Paciente en posición ginecológica, exposición del cuello con espéculo, retirar exceso de secreciones o mucus con algún algodón y tratar de no tocar el cuello.

No usar lubricantes al poner el espéculo.

Tomar 2 muestras citológicas.

El raspado realizarlo en la línea de unión escamocolumnar donde existe la lucha de los epitelios y donde frecuentemente se desarrollan los carcinomas. Se realiza la toma con la espátula de Aire, introduciendo el extremo saliente en el orificio y se hará girar 360° en el sentido de las manecillas del reloj con cierta presión.

Si existe dificultad en la visualización de la unión, no podemos auxiliar de un aplicador sin montar que se introduce en el canal y se hace un giro de 360°. Para cerciorarnos de la toma correcta de la muestra debemos extraer una gelatina transparente que es mucus cervical, y que es necesario para la toma de las células endocervicales para la calificación de muestra útil.

Extensión del material:

- Rápida y en un solo sentido
- La extensión no debe quedar ni muy grueso ni muy fino, no hacer zig zag, ni espiral, ni en remolino.

Fijación de las láminas:

- El tiempo entre la recogida de la muestra y la fijación debe ser mínima.
- Se realiza con citospray o con mezcla alcohol-éter a partes iguales o alcohol al 95%.
- Cubrir toda la lámina
- Citospray: frasco a 15 cm de distancia de la lámina y mover la mano en ambos sentidos, esperar 10min antes de juntarlas para evitar se peguen
- Frasco con alcohol-eter: colocar a una lámina una presilla para evitar se peguen.
- Alcohol al 95 % depositar una gotas sobre las láminas y esperar estén secas antes de proceder a envolverlas para su envío.
- El tiempo entre la fijación de las láminas y su coloración no debe exceder de 10 días, por lo cual el envío debe ser semanal. Esto es un problema del cual todos debemos

responsabilizarnos, los equipos Básicos de Salud que enfrentan a las mujeres y la dirección de los policlínicos que son los máximos responsables de contemplar en su organización administrativa estos envíos para evitar malos tratos, quejas o manejos inadecuados.

g) Condiciones del cuello que modifican la técnica de la toma de la muestra.

Prolapso uterino: humedecer la espátula con suero fisiológico antes de tomar la muestra.

Orificio cervical estrecho: se toma la muestra con un aplicador sin montar.

Vagina seca: humedecer la espátula con suero fisiológico.

Pólipo que sale por el orificio cervical: raspar alrededor del orificio y raspar también el pólipo.

Sangramiento: Claro está que no podemos tomarla con la menstruación pero si es debido a una lesión no podemos esperar y por lo tanto tomamos una o dos láminas adicionales del raspado de la lesión o el cuello y no extendemos sino que damos golpecitos con la espátula en toda la extensión de la lámina.

La vinculación estrecha entre la consulta de patología de cuello y las áreas de salud que atiende es vital para la buena marcha del programa. Este programa comprende hasta la atención médica que necesita la paciente, su confirmación diagnóstica, su tratamiento y su seguimiento si resulta tener un cáncer del cuello uterino; en este caso el Equipo Básico de Salud necesita dispensarizarla y contemplarla en su plan de trabajo para el control y asistencia a las consultas, sintomatologías que se presenten, complicaciones y su atención hasta sus últimas consecuencias por ser una pacientes de nuestra área de salud.

La baja cobertura y la dificultad para el pesquizado en los grupos de mayor riesgo que son las de mayor edad, son las dos principales causas del pobre impacto que se ha logrado hasta el momento. También se debe de valorar la cantidad de pruebas insatisfactorias. Anualmente se diagnostican algo más de 1000 mujeres con cáncer invasor del cuello uterino y el 50 % de la mortalidad se produce en mujeres de 30 a 50 años.

Un logro del programa es el aumento de diagnósticos en estadios tempranos. Para lograr un impacto importante en disminuir la mortalidad por cáncer del cuello uterino se debería:

Mejorar la cobertura de mujeres atendidas.

Incrementar el número de mujeres examinadas en los grupos de riesgo de más de 35 años.

Mejorar la calidad de las pruebas citológicas.

### **3.6 Programa Nacional de Control del Cáncer de Mamas**

#### Justificación

El cáncer de mama en Cuba es la localización de cáncer más frecuente en la mujer cubana y a su vez la primera causa de muerte por tumores en ellas. Se observa una tendencia ligeramente creciente del riesgo de enfermar por cáncer de mamas a través del tiempo, especialmente en los grupos de edades por encima de los 50 años y la supervivencia global observada a 5 años en Cuba es del 54 %.

El cáncer de mama puede ser detectado con relativa facilidad debido a la asequibilidad de la mama y a la eficiencia de los métodos diagnósticos con que se cuenta en la actualidad.

Su índice de curabilidad es alto siempre que el diagnóstico se realice en estadios tempranos. Por ello nuestra acción debe basarse en el diagnóstico preclínico y precoz del cáncer de mama, método considerado como la mejor medida para disminuir la frecuencia de enfermas en estadios avanzados y disminuir la mortalidad por esta afección.

Para llevar a cabo este programa se tienen en cuenta tres pilares fundamentales:

Autoexamen de mama mensualmente.

Examen físico de las mamas por el Equipo Básico de Salud anualmente.

Aplicación de la mamografía cada tres años.

El programa funciona a nivel primario de salud con la confección de un censo de la población femenina a partir de los 30 años, para la enseñanza del autoexamen de mamas y la aplicación del examen clínico de las mamas y de las mujeres de 50 a 64 años debemos tener el listado para cuando se anuncie la llegada del ómnibus realizarles la mamografía.

#### Objetivos generales

Reducir la morbilidad por cáncer de mama en Cuba.

Aumentar la supervivencia de las pacientes con cáncer de mama.

Mejorar la calidad de vida de las enfermas con el uso de tratamientos menos mutilantes.

#### Objetivos específicos

Examinar clínicamente al 100% de las mujeres de 30 años y más una vez al año.

Instruir a todas las mujeres en el autoexamen de mamas.

Detectar el cáncer de mamas en estadios preclínicos.

Detectar el cáncer de mamas en estadios tempranos.

Mantener un sistema de información que permita el control y la evaluación del programa.

Objetivo complementario



Contribuir al aumento de la calidad del tratamiento y seguimiento de las mujeres con cáncer de mamas.

Bases del programa

Divulgación y educación sanitaria: enseñanza del autoexamen de mamas a todas las mujeres de manera que se le incorpore como un hábito y exigir su derecho de que le examinen las mamas anualmente por el Equipo Básico de Salud.

Uso de medios de diagnóstico: Mamografía

Ultrasonido diagnóstico

Biopsia aspirativa con aguja fina

Atención médica normada, oportuna y en centros hospitalarios con experiencia en el manejo de estas pacientes.

Diagnóstico preclínico y precoz del cáncer mamario

Se dirige a mujeres sanas que integran la comunidad, con la finalidad de hacer el diagnóstico de cáncer mamario al inicio de la enfermedad.

*Actividades en la atención primaria de salud:*

Equipo Básico de Salud ( médico y enfermera de la familia)

Brigadistas Sanitarios

Grupo Básico de Trabajo (GBT)

Area de Salud (policlínico)

*Acciones fundamentales de la atención primaria de salud:*

Dispensarizar a toda la población femenina de 30 años y más.

Dispensarizar a toda paciente con diagnóstico de cáncer de mama.

El Equipo Básico de Salud serán los encargados de enseñar, promover y controlar la realización del autoexamen de mamas, mensualmente a toda la población femenina de 30 años y más.

El Equipo Básico de Salud debe realizar el examen clínico de las mamas a toda la población femenina de 30 años y más anualmente. Se debe de interconsultar a la paciente sospechosa con el gineco-obstetra del grupo básico y/o remitirlo a la consulta municipal o a la consulta de patología mamaria hospitalaria si persiste la sospecha.

El Equipo Básico de Salud y las brigadistas sanitarias deben de citar a las mujeres de 50 a 64 años para el examen mamográfico.

Toda paciente sospechosa o positiva por el examen mamográfico debe remitirse para completar diagnóstico y la orientación terapéutica a los centros de referencia provinciales orientados por el programa.

El control de las acciones del programa de pesquizaje será responsabilidad del Grupo Básico de Trabajo (GBT).

Se realizarán análisis de la marcha del programa en las reuniones del Programa Materno Infantil a nivel del área de salud.

El área de salud debe de capacitar periódicamente a los Equipos Básicos de Salud.

Establecer los mecanismos de referencia y contrareferencia de los casos.

Indicadores y metas del programa:

Indicadores de implementación.

Entrenamiento del Equipo Básico de Salud en el examen clínico de las mamas y en la enseñanza del autoexamen de mamas.

Adecuado completamiento diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las pacientes donde se identifique alguna anormalidad.

Establecer y realizar el control de la calidad de la mamografía.

Indicadores de proceso:

Cobertura de más de un 80 % de las mujeres de 30 años y más con el examen físico de las mamas y realizándose el autoexamen de mama.

Cobertura de más de un 70% de las mujeres de 50 a 64 años con el examen mamográfico realizado cada 3 años.

Indicadores de resultados:

- A corto plazo: Más del 30% de los casos de cáncer de mama deben de ser detectados por el tamisaje (clínico, mamográfico o ambos).
- A mediano plazo: Más de 15 % de reducción de pacientes con etapas avanzadas del cáncer de mamas (estadios II o más )
  - A largo plazo: Lograr más del 15 % de reducción de la mortalidad por cáncer de mamas.

### **3.6.1 Autoexamen de mamas**

Es importante adiestrar al personal médico enfermeras y brigadistas sanitarias en el conocimiento de la enfermedad mamaria, en el examen correcto de las glándulas mamarias y en la técnica del autoexamen de mamas.

Con mayor frecuencia encontramos temor de encontrar alguna anomalía o la falta de confianza en reconocer una alteración cuando se dice se aplica la técnica del autoexamen y en menor medida decir que no sabe realizárselo o por pena decir que lo sabe pero que no se lo aplica. Es necesario modificar la percepción social sobre el conocimiento de las alteraciones y el tratamiento de las enfermedades mamarias.

Se plantea en un estudio realizado que del 100% de las mujeres que presentan un nódulo de mama el 95% fueron detectados ocasionalmente por la propia mujer. Por ello es conveniente enseñar y crear el hábito de su aplicación desde joven para conocer sus mamas y con ello detectar lesiones cuando aparezcan; es incorrecto y mal infundado el comentario de nuestras abuelitas de no tocarse las mamas.

El mejor momento para realizarse el autoexamen de mamas (AEM) es una semana después de su menstruación, es cuando las mamas están más suaves y fáciles de examinar.

Si ha dejado de tener la menstruación examinarse en la misma fecha cada mes puede escoger siempre el mismo día, por ejemplo, el primero de cada mes y así le será más fácil recordarlo.

*El AEM tiene tres ventajas para mantener su salud:*

Aprender a conocer lo que es normal en ella.

Descubrir cualquier anomalía a tiempo.

Estar preparada para acudir al médico rápidamente.

Este examen debe de realizárselo toda mujer durante toda su vida. Cuando se haga el AEM recordar que las dos mamas no son iguales es normal que una sea mayor que la otra y que una puede ser más alta que la otra. En el primer examen, deberá observarse el tamaño y la configuración normal de cada mama, la posición normal de los pezones y la sensibilidad normal de sus mamas de forma que pueda notar cualquier cambio durante su vida.

Recordar que los días antes de la menstruación existen abultamientos que se mueven y que desaparecen después de la menstruación, esta situación cíclica no es alarma o riesgo para el cáncer de mamas igual que el dolor debido a problemas osteo-mio-articulares que no tienen relación con esta patología.

El AEM incluye dos aspectos fundamentales: inspección y palpación además de tener tres variantes: frente al espejo, acostada o durante el baño.

Frente al espejo: *Inspección:*

Con los brazos caídos, se observa:

- Tamaño y forma
  - Superficie
  - Presencia o no de arrugas en la piel
  - Hundimiento o retracción de la areola o pezón.

Con los brazos levantados observar alguna diferencia entre ambas mamas.

Con las manos sobre las caderas haga presión hacia abajo

- Realizar tracción
- Observar retracción de la piel

Doblándose hacia delante ver la caída de ambas mamas, observar alguna retracción y dolor localizado en la mama.

Acostada: *Palpación*

Acostada en decúbito supino para examinarse las mamas, ponga una almohada o toalla doblada debajo de su hombro derecho y el brazo derecho colocarlo detrás de la cabeza. Use su mano izquierda para examinarse la mama derecha poniendo los dedos unidos y planos, palpando con la punta de los mismos.

Si lo imaginamos como la esfera de un reloj empieza a las 12 y siguiendo las manecillas de derecha a izquierda hasta llegar de nuevo a las 12. Usar movimientos pequeños circulares con tres niveles de presión, ligera mediana y profunda desde afuera avanzando hasta el pezón.

Repetir esta misma técnica en la mama contra lateral.

En esta misma posición realizar:

Examinar la axila correspondiente buscando bultos o peloticas.

Examinar pezones con los dedos índices y pulgar buscando secreción o sangramiento.

Durante el baño: *Palpación.*

Con el brazo derecho y con las manos enjabonadas y los dedos extendidos, examinar la mama utilizando la misma técnica descrita en la posición acostada. Repetir el mismo procedimiento con su mama contralateral.

*Signos o modificaciones que necesitamos vigilar:*

Todo nódulo o dureza en la mama.

Cualquier deformidad o alteración de la forma habitual de la mama.

La elevación de toda la mama o solamente el pezón

Retracción o hundimiento del pezón

El pellizcamiento de un área de la piel de la mama

Ezcema de la piel alrededor del pezón

Cualquier secreción o hemorragia por el pezón

Aumento de tamaño de los ganglios de la axila

Ulceración persistente de la piel de la mama.

### **3.6.2 Examen clínico de la mama.**

Un examen adecuado de las mamas debe ser un proceder metódico que requiere colocar al paciente en varias posiciones y examinar las mamas en su totalidad. Esto toma tiempo, aún siendo normal las mamas, cuando hay alguna patología que despierte sospecha, se requieren aún otras maniobras.

Debe tenerse en cuenta el momento del ciclo menstrual en que se examina la paciente. En muchas mujeres, las mamas se enjurgitan en el premenstruo, por lo tanto es necesario aplicarlo después de la menstruación.

Es necesario recordar que las lesiones las ubicamos topográficamente según la división en 4 cuadrantes: cuadrantes superiores externos e internos, cuadrantes inferiores externo e interno, región areolar y pezón, y prolongación axilar.

Por lo tanto debemos de seguir estas normas de ubicación en las regiones correspondientes o entre regiones.

El examen clínico comprende la inspección y la palpación.

Inspección. Debe ser cuidadoso, primero con los brazos de la paciente descansando a los lados del cuerpo, después con los brazos por encima de la cabeza, con las manos en la cintura para contraer los músculos pectorales y establecer el perímetro a examinar.

En el contorno de las mamas buscar retracción, pellizcamiento, abultamiento y cambios. En la piel buscar dilatación de las venas subcutáneas, edema y enrojecimiento. Observar en el pezón y la areola: retracción, umbilicación y secreciones.

El enrojecimiento de la piel y el aumento local de la temperatura puede corresponderse con procesos inflamatorios, pero siempre debemos tener presente la posibilidad de un cáncer agudo de la mama.

Al existir bloqueo de los linfáticos subdérmicos aparece la profundización de las glándulas cutáneas (piel de naranja) que se observa en las infecciones y el cáncer avanzado.

En cuanto a los pezones es importante observarlos en posición sentada, donde vemos desviación, aplastamiento, retracción e inversión de las mismas con aparición reciente y es importante la información que brinde la paciente.

También el engrosamiento de la piel que cubre el pezón, la erosión del mismo o el eczema a ese nivel puede caracterizar a un Carcinoma de Paget, sin olvidar en las jóvenes los eczemas de la areola por causas alérgicas o con infecciones sobreañadidas.

Palpación. Debe ser un proceder suave preciso y ordenado, no debiendo nunca molestar a la paciente. Puede realizarse con la mujer sentada o acostada, esta última preferible en obesas o en búsqueda de lesiones en los hemisferios inferiores.

Cuando se realice acostada es recomendable poner una almohada o toalla doblada debajo del hombro de la mama correspondiente. Esta palpación debe realizarse con los pulpejos de los tres dedos centrales y con las tres presiones indicadas: ligera, moderada y fuerte. La palpación puede hacerse circular en sentido de las manecillas del reloj, en cuña que es el más recomendado desde afuera hacia adentro y verticalmente desde arriba hacia abajo y viceversa. Palpar la región externa.

Al final presionar los pezones en búsqueda de secreciones, siendo la más preocupante la telorragia, y secreciones negras o con características hemáticas.

A continuación revisar las regiones axilares, supraclaviculares y la porción inferior de la región cervical. Para examinar las axilas es esencial tener los músculos pectorales relajados. El brazo de la paciente puede descansar en el hombro del médico. Mientras más gentilmente se examine la axila, mayor será las posibilidades de encontrar adenopatías. Recordar que no siempre son cancerosas.

Estas palpaciones pueden facilitarse con talco en los dedos que permite un examen más delicado.

La única forma de aprender a examinar las mamas es examinando las mamas.

### **3.6.3 Medios auxiliares de diagnóstico.**

La utilización de estos medios lleva implícito el conocimiento y su aplicación en las pacientes en el programa.

Mamografía. Consiste en la realización de una placa radiográfica de la mama con alta sensibilidad y un equipo de gran penetración capaz de detectar lesiones de menos de 1 cm de diámetro y que lo usamos en las mujeres de más de 50 años de edad. Este es el medio diagnóstico recomendado internacionalmente, al realizarle a la población femenina entre 50 y 70 años donde se ha comprobado una reducción de la mortalidad en un 20%.

Ultrasonido diagnóstico. Es de uso para diferenciar la naturaleza sólida o líquida del nódulo que facilitará la orientación terapéutica en la atención secundaria. Puede aportar otros datos como tamaño, característica, ubicación y demás signos útiles.

Biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) en la glándula mamaria. Es de gran utilidad y poco traumático, facilitando un diagnóstico anátomo-citológico rápido. En el caso de lesiones quísticas resulta a su vez terapéutica y diagnóstica, valorándose la paciente a las tres o cuatro semanas y si recidiva realizar la segunda aspiración con igual conducta y si recidiva valorar extirpación quirúrgica.

En las lesiones sólidas con la aspiración de las células y su visualización en el microscopio podemos llegar a un diagnóstico.

### **3.6.4 Metodología del Programa.**

En base al listado confeccionado por cada Equipo Básico de Salud en que consta todas las mujeres de 50-65 años de edad se cita al ómnibus habilitado al efecto, para realizarse la mamografía cráneo-caudal para lo cual debe ir acompañada por su enfermera del consultorio para su control.

Si al estudiarse esta placa se detecta alguna lesión, se le citará para en el propio ómnibus realizarle las otras dos vistas: lateral y oblicua. Con estos resultados mamográficos se le puede citar para realizarse un ultrasonido diagnóstico y para tomar la última decisión diagnóstica y terapéutica se le puede citar para La Consulta Central del Programa de Control de Mama en el centro de referencia provincial, donde participa un equipo de médicos: oncólogos, cirujanos, radiólogos, anátomo-patólogos, ginecólogos y demás relacionados con el tema y en conjunto se decide su terapéutica y el lugar de su realización.

En todos los pasos el conocimiento, control y seguimiento por el Equipo Básico de Salud, es fundamental hasta llegar a las últimas consecuencias por la responsabilidad que tenemos con la población femenina y la realización de este programa.

### **3.7 Programa Nacional de Control del Cáncer Bucal**

#### Justificación

El cáncer bucal incluye el labio, la cavidad bucal, la lengua y la orofaringe; es una localización cancerosa con mayor frecuencia en los hombres con la característica de ser un área de fácil acceso para su examen y donde se conjugan varios factores etiológicos extrínsecos conocidos entre ellos se destaca la adicción al fumar.

Si conocemos los factores podemos hacer prevención y como las lesiones pequeñas son asintomáticas nos obliga a tener un programa a través del cual organizadamente podemos enfrentar el cáncer en la cavidad bucal.

Socialmente esta es un localización tumoral con grave repercusión en la familia, la comunidad y el centro laboral; en fin en el medio donde se desenvuelve el paciente por ser rechazado su presencia con lesiones monstruosas fétidas y mal olientes. Por lo tanto tenemos en las manos el arma ideal para evitar estas consecuencias, ya es conocida la prevención primaria, la prevención secundaria y el tratamiento correcto para su curación.

#### Objetivo general

Disminuir la morbilidad y la mortalidad por cáncer en la boca mediante la prevención primaria y el diagnóstico precoz.

#### Objetivos específicos

Identificar y diagnosticar todo estado premaligno y/o maligno del complejo bucal en etapas tempranas.

Ofrecer tratamiento y seguimiento evolutivo a los pacientes detectados en las diferentes etapas clínicas del cáncer bucal.

Desarrollar actividades de actualización del personal que ejecutará el programa.

Desarrollar actividades de prevención primaria acerca de las lesiones premalignas y malignas del complejo bucal.

Controlar y evaluar periódicamente la marcha del programa.

#### Universo de trabajo

Se realizará el examen del complejo bucal a toda la población de 15 años y más que acuda espontáneamente a los servicios de Estomatología.

Pesquisaje activo anual de las lesiones del complejo bucal a todo ciudadano de 35 años y más realizados por los médicos de la familia y estomatólogos en sus áreas

Funciones del Equipo Básico de Salud



Realizar anualmente el examen del complejo bucal a toda la población de 35 años y más  
Incorporar al criterio de dispensarización del estado de salud del complejo bucal y recoger en la hoja de cargo de consulta y la historia clínica la realización del examen.

Remitir al estomatólogo correspondiente a todo paciente que se le detecte una afección y verificar su asistencia

Controlar el seguimiento del paciente detectado y su evaluación correspondiente.

Principales factores de riesgo para el cáncer bucal

Factores extrínsecos: tabaco y alcohol

Factores dentales: Prótesis mal ajustadas

Dientes mellados

Dientes mal obturados

Sepsis oral.

Técnica del autoexamen bucal

Lávese las manos y colóquese delante de un espejo:

Comience con la observación del labio. Fíjese en cualquier alteración de la mucosa y la encía labial. Palpe con suavidad.

Observe la mucosa del carrillo, palpe esta mucosa hasta la encía superior e inferior de ese lado

Observe el paladar duro y blando, mire la úvula o campanilla y palpe toda la región hasta la encía superior

Saque la lengua muévelo de un lado a otro. Observe con cuidado cualquier cambio anormal. Palpe la cara superior o dorso, los bordes y la punta.

Levantar la punta de la lengua. Observar la cara inferior de esta, el suelo de la boca los dientes y la encía inferior. Realice la palpación de toda esta región.

Observe el cuello en toda su extensión, compare un lado con el otro, buscando diferencias. Realice la palpación de todo el cuello. Detecte cualquier aumento de volumen, induración o nódulo.

Si encuentra una mancha blanca una mancha roja, una úlcera o llaga, una dureza, una zona dolorosa u otra alteración o situación anormal debe de consultar inmediatamente a su estomatólogo o médico de la familia.

### **3.8 Programa Nacional de Control del Cáncer Pediátrico**

#### Justificación

El cáncer infantil representa el 2% de las muertes en el grupo poblacional de 1-14 años. Es la causa de mayor pérdida de años potencialmente perdidos y produce un gran impacto psico-social en la familia y la comunidad.

Durante la década del 70, Cuba centralizó y optimizó la atención del cáncer Pediátrico en todo el país. Y en 1987 surge el Programa Nacional de Control del Cáncer Pediátrico.

#### Objetivo general

Disminuir la morbi-mortalidad por el cáncer infantil.

#### Objetivos específicos

Reducir la mortalidad infantil por cáncer.

Aumentar la sobrevida de los niños con cáncer.

Este programa cubre 3 niveles, hablaremos del primer nivel que corresponde al nivel primario de salud. Entre sus acciones se encuentra realizar la educación a la población basada fundamentalmente en los grupos de riesgo, los factores de riesgo y los signos de alarma del cáncer pediátrico.

Todo niño sospechoso de diagnóstico de cáncer debe ser remitido a las instituciones adecuadas, dotados con centros de referencia de cáncer infantil para la confirmación rápida del diagnóstico. Se realizará el seguimiento de los casos con factores de riesgo y de los que tienen diagnóstico confirmado previa dispensarización. En estos últimos se controlará el cumplimiento de los ciclos de tratamiento y/o seguimiento, la nutrición, infecciones intercurrentes, la higiene y la incorporación a las tareas escolares, así como las actividades de rehabilitación en sentido amplio. Siempre la atención primaria debe de mantener el vínculo con el centro especializado que corresponda.

En cuanto a los cuidados paliativos cumple las mismas acciones del Programa Nacional de Cuidados Paliativos y Dolor por Cáncer. Con ingreso en el hospital y en el hogar, cumpliendo con las guías nacionales de oncopediatria actualizado.

Se deben de considerar los procedimientos que sean necesarios aplicar, las características de su edad, molestias y quejas características de la enfermedad. Reacciones ante la enfermedad y la hospitalización (miedo, temor etc), concepto de muerte, relaciones familiares, angustia, tristeza, grado de incapacidad y dependencias.

La familia se encuentra en una de las situaciones más conflictivas de su vida, por lo cual necesitan apoyo y orientación adecuada. Por todo ello es necesario mantener buena relación entre el centro de referencia de cáncer infantil y la atención primaria.

Los detalles especializados de la oncopediatria lo podemos encontrar en el tema correspondiente.

## **BIBLIOGRAFÍA**

### PREVENCIÓN SECUNDARIA

1. Marinello Vidaurreta Z. Lesiones Precancerosas. En Su: El Diagnóstico del Cáncer. Ciudad Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1990.p. 63-68.
2. Marinello Vidaurreta Z. Diagnóstico Clínico del Cáncer. En Su: El Diagnóstico del Cáncer. Ciudad Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1990.p. 9-102.
3. Marinello Vidaurreta Z. La Clínica del Cáncer. En Su: Nociones y Reflexiones sobre el Cáncer. Ciudad Habana: Editorial Científico-Técnica; 1983 .p. 32.37
4. Bernardo G. Anamnesis y Examen Físico. En: Bonadonna G, Robustelli Della Cuna. Manual de Oncología Médica. Ciudad Habana: Editorial Científico Técnica; 1983.p. 47-56.
5. Carreras Ruíz O. Cáncer. Autoayuda. Diagnóstico. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 1996 .p. 53-60.
6. Alvarez Sintés R. Lesiones Precancerosas de la Piel. En Su: Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.p.977-978.
7. Alvarez Sintés R. Mama. En Su: Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.p. 783-789.
8. Alvarez Sintés R. Editorial. En Su: Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.p. 505-515.
9. Alvarez Sintés R. Cáncer de Colon. En Su: Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.p. 671-672.
10. Alvarez Sintés R. Cáncer Bucal En Su: Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.p. 636.
11. Alvarez Sintés R. Cáncer de Cuello Uterino. En Su: Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.p. 778.
12. OMS. Programas Nacionales de Lucha Contra el Cáncer. Directrices Sobre Política y Gestión. Diagnóstico Precoz del Cáncer. Who. 2ª edición. Geneva.2002.p-55-66.
13. Alfonso Hernández L. Cáncer de Mama en la Mujer y en el Hombre. En Su: Oncología. Preguntas y Respuestas. Barcelona: Prous Science S.A.; 2001.p.375-415.
14. Alfonso Hernández L. Cáncer de Cabeza y Cuello. En Su: Oncología. Preguntas y Respuestas. Barcelona: Prous Science S.A.; 2001.p.671-705.
15. Alfonso Hernández L. Cáncer Ginecológico. En Su: Oncología. Preguntas y Respuestas. Barcelona: Prous Science S.A.; 2001.p. 417-459.

16. Alfonso Hernández L. Neoplasia Cutaneas. Melanoma. En Su: Oncología. Preguntas y Respuestas. Barcelona: Prous Science S.A.; 2001.p.511-532.
17. Cueto Espinar A, Delgado Rodríguez M. Cáncer. En: Piedrola Gil G, Galvez Vargas R, Domínguez Carmona M, Sierra López A, Saez González M C. Medicina Preventiva y Salud Pública. 8ed. Barcelona: Salvat Editores S.A.; 1988.p. 716-729.
18. Pardo Castro M, Valdés del Pozo, Buch María L. Diagnóstico Precoz del Carcinoma Mamario por Examen Clínico del Médico de la Familia. Rev Cub Oncol 1980; 8(1): 7-10.
19. Menalti Cobas A, Vega Silva J. Dilación en el Diagnóstico del Cáncer. Rev Cub Oncol 1980; 2(1): 107-13.
20. Marinello Vidaurreta Z. La Yatrogenia en el Cáncer. Rev Cub Oncol 1991; 76-81.
21. Rodríguez Salva A, Lence Anta J, Cabezas Cruz E, Camacho Rodríguez R. Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cervico-Uterino. ¿ Qué Hacer y Por qué?. Rev Cub de Med Gen Integr. 1995; 10(3): 200-24.
22. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Control del Cáncer. La Habana: MINSAP; 1994.
23. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Control del Cáncer Bucal. La Habana: MINSAP; 1994.
24. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Control del Cáncer de Mama. La Habana: MINSAP; 1998.
25. Ministerio de Salud Pública. El Problema Cáncer de Mama: Una Estrategia Científica de Abordaje. La Habana: MINSAP; 2001.
26. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Control del Cáncer Cervico-Uterino. La Habana: MINSAP; 2001.
27. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Educación en Cáncer. La Habana: MINSAP; 1999.
28. Asociación Española Contra el Cáncer. Guía Latinoamericana Contra el Cáncer. En: Seminario de Formación en Educación para la Salud. Madrid: AECC; 1997.p. 119-208.
29. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Oncopediatria. La Habana: MINSAP; 1994.
30. Suárez Fernández J M. Prevención, Profilaxis, Diagnóstico Precoz y Tratamiento. En Su: Prevención, Profilaxis, Diagnóstico Precoz y Tratamiento del Carcinoma Mamario. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1990.p.5-74.

31. Fink Diane J, Mettlin Curtis J. Detección del Cáncer. Pautas para la Revisión Periódica en Busca de Cáncer. En: Murphy G P, Lawrence W J, Lenhard R E editores. Oncología Clínica 2 ed. Washington: OPS- American Cancer Society; 1996:202-219.
32. Olivia Palomino M. Manual de Oncopediatría: Impreso en el Centro Gráfico de Reproducciones "Felipe Torres Trujillo". Camagüey; 2001.
33. Camacho Rodríguez R. Necesidades de los Programas de Control de Cáncer. La Habana: MINSAP; 2000.
34. Camacho Rodríguez R. El Problema Cáncer en Cuba. Una Estrategia Científica de Abordaje. La Habana: MINSAP; 2001.
35. Olivia Palomino M. Manual de Oncopediatría: Impreso en el Centro Gráfico de Reproducciones "Felipe Torres Trujillo". Camagüey; 2002.
36. Smith R A, Mettlin C J. Cancer Detection. En: Lenhard R E, Osteen R T, Gansler T. Clinical Oncology with companion CD-ROM. The American Cancer Society's; 2001:75-122.
37. Longer Dan L. Estudio del Paciente con Cáncer. En: Fauci A S editor. Harrison: Principios de Medicina Interna. 14 ed. Méjico: Editorial Ultra S.A de C.V.; 1998.p. 561-568.
38. Brawley Otis W, Kramer Barnett J. Prevención y Detección Precoz del Cáncer. En: Fauci A.S editor. Harrison: Principios de Medicina Interna. 14 ed. Méjico: Editorial Ultra S.A.; 1998.p.568-575.
39. Cabezas Cruz E, Herrera Alcazar V, Ortega Blanco M, Santiesteban Alba S. Cáncer de Cuello uterino. En Su: Procederes en Obstetricia y Ginecología para el Médico de la Familia. La Habana; 1998.p. 41-43.
40. Cabezas Cruz E, Herrera Alcazar V, Ortega Blanco M, Santiesteban Alba S. Cáncer de Mama. En Su: Procederes en Obstetricia y Ginecología para el Médico de la Familia. La Habana; 1998.p. 44 - 45.
41. Camacho Rodríguez R. Nivel Primario de Atención en la Reducción de la Mortalidad por Cáncer. Editorial. Rev Cub de Med Gen Integr. 1994; 10(3): 213-214.
42. Camacho Rodríguez R, Fernández Garrote L, Martín García A, Abascal Ruíz M E, Díez Cabrera M. El Programa Nacional de Control del Cáncer en Cuba.. Rev Cub de Med Gen Integr. 1994; 10(3): 215-219.
43. Fernández Garrote L, Molina A, Buch M L, Camacho Rodríguez R. Médico de la Familia y su Equipo en el Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama. Rev Cub de Med Gen Integr 1994; 10(3): 225-229.

44. Lence Anta J, Rodríguez Salva A, Santana Garay J C, Fernández Garrote L. Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer Bucal. Resultados y Perspectivas. Rev Cub de Med Gen Integr 1994; 10 (3):230-234.
45. Rimer B K, Schildkraut, Hiatt R A. Cancer Screening. En: De Vita Vincent, Hellman Samuel, Rosenberg Sterent A. Editors Cancer Principles and Practice of Oncology on CD-ROM. 6 ed. Philadelphia: Lippincott Williams and William; 2001.
46. Seffrin Jhon. President of UICC (Unión Internacional de Lucha Contra el Cáncer). Embarking on New Directions at UICC to Bring Cancer Under Control. Geneva. UICC News; 2002. 13(1):3.
47. Harlem Brudtland Gro. Director-General of the World Health Organization. Interview. Geneva. UICC News; 2002.3(1): 4-5.
48. Herranz Fernández C, Guillen Porta V, Diagnóstico Precoz del Cáncer. En su; Libro Blanco de la Oncología en España. Madrid. Federación Española de Sociedades Oncológicas, 2002.p 38 -56.
49. Oms. Cervical cancer screening in developing countries. Who. Report. Geneva. 2002.p.5-11.
50. Camacho, R. Mama. En: Soriano García J.L, Galan Alvarez Y, Gerra-Gi, M.Eds. Guía de Recomendaciones, Diagnóstico y Tratamiento Cáncer. Ciudad de la Habana. SOCECAR, 2004: 34-45.
51. MINSAP. Anteproyecto del Programa de Atención Médica Integral a la Familia. MINSAP. Ciudad Habana. 2004.
52. MINSAP. Programa de Atención Médica Integral a la Familia. MINSAP. Ciudad Habana. 2004.

## **4. PREVENCIÓN TERCIARIA**

### **4.1 El paciente oncológico sometido a las radiaciones ionizantes. Aspectos básicos.**

Las radiaciones son un tipo de energía especial que se transmite a través de ondas electromagnéticas y corpusculares. Las radiaciones pueden generarse en máquinas especiales (rayos x, acelerador lineal) o de sustancias radioactivas naturales, cuando se usan rayos de alta energía se le llama radioterapia. Se le puede llamar terapia de cobalto, terapia de electrones o de irradiación.

Su actuación en el organismo humano es destruir las células o impedir que crezcan y se dividan, en el caso del cáncer sería para actuar sobre las células malignas, aunque también afectan a las células normales que tienen la ventaja de recuperarse mejor de los efectos que las malignas. Los médicos limitan cuidadosamente la intensidad de los tratamientos y la cantidad de tejido normal que se trata de manera que las células cancerosas sean la más afectada.

Con radioterapia se trata dos tercios de los pacientes de forma única o en combinaciones con la cirugía o los citostáticos y con objetivos curativos o paliativos. Cada vez son más los pacientes curados por radiaciones.

Lo más frecuente es usarlo previo a la cirugía para disminuir el tamaño tumoral y fibrosar los vasos por donde pudieran embolizar y metastizar los tumores. Después de la cirugía se usa para evitar las recidivas tumorales en el lecho quirúrgico y áreas regionales que hayan quedado en el organismo.

Como tratamiento paliativo puede mejorar la calidad de vida del paciente por disminuir el dolor reducir hemorragias, disminución del tamaño del tumor y otros síntomas producidos por el cáncer. La radioterapia se puede administrar de forma externa o interna, puede ser de una forma o en combinación de las dos.

La mayoría de los pacientes reciben la forma externa desde una máquina que dirige rayos de alta energía al tumor canceroso pudiendo atacar también tejido normal que atraviesa o circunda. Forma de radioterapia externa es la producida por un acelerador lineal o por sustancia radioactiva como cobalto 60.

En la forma de radioterapia interna se usa una sustancia o fuente radiativa que se sella en pequeños recipientes parecidos a alambres delgados o tubos, llamados implantes. Los implantes se colocan directamente dentro del tumor o en una cavidad de cuerpo o el área



alrededor de la incisión después de la cirugía para destruir las células cancerosas que hayan quedado.

#### Radioterapia externa:

Se realiza su planificación por un médico especializado en conjunto con un físico teniendo a mano la historia clínica que tendrá sus exámenes complementarios actualizados. Es importante considerar las cifras de hemoglobina y fórmula leucocitaria.

Esta forma de radiación de uso frecuente en piel, pulmón, esófago, partes blandas, cuello uterino, etc se tiene en cuenta el área a irradiar y la profundidad correspondiente.

Su administración se realiza durante 5 días a la semana y de 6 o 7 semanas con idea curativa, en pacientes paliativos puede durar de 2 a 3 semanas. El descanso durante el fin de semana permite que las células normales se recuperen.

La dosis total de radiación y el número de aplicaciones necesarios depende del tamaño y el lugar del cáncer, el tipo de tumor, su estado de salud o cualquier otro tratamiento que este recibiendo.

#### Radioterapia interna:

En esta forma se coloca la fuente de rayos de alta energía lo más cerca posible a las células cancerosas. De esta manera se expone menos las células normales a la radiación. Con la radioterapia interna el médico puede dar una dosis completa de radiación interna en menos tiempo de lo que se necesitaría hacerlo con tratamiento externo. Alguna de las sustancias radioactivas que se usan en radiaciones internas son: radio, cesio, iridio, yodo y fósforo.

Su uso más frecuente es en cánceres de cabeza y cuello, mama, útero, tiroides, próstata etc., recordar que puede ser de administración sola o más frecuentemente combinada. A esta radiación también le corresponde la llamada radiación intersticial, radiación intracavitaria o braquiterapia. Cuando se administran las sustancias radioactivas el cuerpo transmite rayos, por lo que a veces es necesario que quede ingresado el paciente en el hospital.

Con este tipo de administración el paciente puede sentirse algo incomodo y necesitará sedantes o analgésicos. Si es preciso ponerle anestésico puede sentirse con algunas nauseas, débiles o mareados que no duran mucho tiempo. Cuando el implante se saca del cuerpo inmediatamente desaparece la radioactividad. Al salir del hospital después de haber recibido el tratamiento el médico le orientará sobre las actividades a desarrollar, aunque en general no tendrá limitaciones. El área tratada puede permanecer adolorida o sensitiva por algún tiempo que pudiera limitar las actividades deportivas y sexuales por un tiempo, si estas actividades causan irritación al área bajo tratamiento.

#### **4.1.1 Papel del Equipo Básico de Salud durante el tratamiento radiante de un paciente con cáncer.**

Orientaciones necesarias:

Conocer que ese paciente dispensarizado está bajo tratamiento radiante.

Controlar y aconsejar al paciente para el cumplimiento de su terapéutica.

Darle apoyo psicoemocional al paciente

Orientarle ir al tratamiento con ropa fácil de quitar y poner.

Es fundamental mantener las marcas en la piel

Es necesario orientarle el descanso al regresar a su hogar que duerma lo necesario; ya que en este tiempo de tratamiento el cuerpo usará más energía y se puede sentir cansado.

Es necesario una buena alimentación. Tratar de tener una alimentación balanceada para evitar bajar de peso.

En el área de irradiación es preciso tener ropas cómodas y ventiladas.

Cuidados de tener en cuenta en el área de tratamiento:

Usar ropas sueltas de algodón.

No usar ropa almidonada.

No flotar ni restregar la piel.

No usar jabones, lociones, desodorantes, medicinas no orientadas por su médico de asistencia, perfumes, cosméticos, talco u otras sustancias.

No usar cinta adhesiva o esparadrapo en esa área.

No aplicar calor ni frío. Solamente tibia para lavar el área.

Use afeitadora eléctrica si necesita afeitarse, no usar lociones antes o después del afeitado.

Proteger el área bajo tratamiento de los rayos solares.

Se le debe orientar, proteger esa área por lo menos durante un año después de la radioterapia.

Cualquier duda sobre medicamentos a tomar o untarse es necesario realizar la consulta con su médico radioterapeuta.

### **4.1.2 Efectos secundarios**

Son diferentes para cada paciente, pueden ser leves o severos, dependiendo de la dosis del tratamiento y de la parte del cuerpo atendida, relacionándolo con el estado general de la salud del paciente. En general puede ocurrir: cansancio, cambios en la piel, pérdida de apetito, ejemplo: en específico, según el área irradiada: caída del cabello (tratamiento en la cabeza).

Los efectos secundarios desaparecen a medida que pasa el tiempo, mientras, existen distintas maneras de aliviar dichas molestias. Si alguna molestia fuere severa el médico puede interrumpir el tratamiento por un tiempo o cambiar de tratamiento.

En la mayoría de los pacientes no se limitan las actividades a realizar, aunque por su estado general se decida tomar alguna medida para descansar y claro está también depende del área irradiada. En la mayoría de los casos el paciente puede tener relaciones sexuales si así desea. Puede ser que el deseo de intimidad física sea menor debido a que la radioterapia pueda afectar los niveles de hormonas y hacer que el paciente se sienta más cansado que de costumbre.

Síntomas:

Cansancio:

Se debe al gasto energético del cuerpo que está aumentado y el efecto de las radiaciones sobre las células normales; este síntoma se siente unas semanas después de comenzado el tratamiento. La sensación de debilidad y cansancio desaparece gradualmente después de terminar el tratamiento.

Problemas en la piel:

Puede empezar a verse enrojecida, irritada, quemada o bronceada; al pasar las semanas estará el área seca con picazón y molestias. Se debe tener en cuenta las áreas de piel dobladas donde con frecuencia desarrollan una reacción húmeda, esa área debe ser lavada con agua tibia solamente, no usar ropa apretada, no flotar, restregar o raspar.

Se deben de evitar polvos, cremas, perfumes, desodorantes, aceites, ungüentos, lociones y remedios caseros mientras dure el tratamiento y unas semanas después de terminarlo. Proteja el área tratada del sol, por lo menos durante un año después. Use ropa que proteja y sombrero con visera ancha, use camisas de manga larga.

Muchos productos para la piel dejan una capa que puede interferir con la radioterapia o la cicatrización. La mayoría de las reacciones de la piel desaparecen unas cuantas semanas después de terminar el tratamiento. En ocasiones esa piel queda más oscura.

Apetito:

Muchos efectos secundarios pueden causar problemas al comer y digerir los alimentos. Por ello se debe tratar de comer lo suficiente para así ayudar a reponer los tejidos dañados. Es importante no bajar de peso, tratar de comer raciones pequeñas y con variedad de alimentos; a veces necesita reforzamiento de su dieta. En ocasiones es necesaria una orientación dietética para obtener más calorías y proteínas sin necesidad de comer más.

Si le duele cuando mastica o traga, se puede sugerir alimentación líquida, blanda o en polvo. Estos problemas alimentarios se deben a la conjugación del tratamiento con los efectos de la enfermedad. Aún cuando no tenga mucha hambre, es importante que se esfuerce por consumir grandes cantidades de proteínas y calorías.

Orientaciones útiles en los pacientes con falta de apetito:

Comer cuando tenga hambre, aunque no sea la hora establecida o acostumbrada.

Haga varias comidas pequeñas durante el día, en lugar de hacer 3 comidas pesadas.

El lugar de comer debe ser agradable.

Varíe la dieta lo más que pueda y pruebe nuevas recetas.

Trate de comer con los demás familiares

Disfrute del horario de la televisión.

Se debe de consultar con el médico de asistencia la posibilidad de tomar un vaso de vino o cerveza

Cuando tenga deseos de comer hágalo con sus deseos y con bocadillos que tenga preparados

Se puede enriquecer sus alimentos con batidos o cremas a los cuales se le añade yogurt, miel, huevo o suplementos alimenticios.

Disminución de los componentes de la sangre:

A veces se produce disminución de leucocitos o niveles bajos de plaquetas y por lo tanto estará arriesgado a infecciones. También la producción de anemia puede aparecer y por lo tanto es necesario suspender el tratamiento provisionalmente hasta que el conteo sanguíneo aumente nuevamente.

Caída de pelo:

Solamente ocurre en el área tratada, se observa frecuentemente cuando se irradia la cabeza; el cabello crece después de terminar los tratamientos. Para evitar efectos psicológicos se orienta cubrir la cabeza con un sombrero, turbante o pañuelo durante el tratamiento, a veces se prefiere una peluca siempre y cuando no lastime el cráneo.

Efectos emocionales:

Es frecuente la afectación emocional en todo paciente con la enfermedad y por tratamiento. Es frecuente sentirse deprimido, asustado, enojado, frustrado, aislado o indefenso, el tratamiento en sí no es causa de aflicción mental.

En los pacientes muy afectados emocionalmente es necesaria la asesoría o la atención con un psiquiatra o un psicólogo según corresponda.

#### **4.1.3 Efectos secundarios de la radioterapia por localizaciones anatómicas**

Es preciso señalar que existen las posibilidades de protección de los órganos vitales (tejido nerviosos, ojos, testículos, hígado, etc).

##### a) Area de cabeza y cuello

Se puede sentir irritación dentro de la boca, dificultad para tragar o beber, cambios en el gusto o sabor de las comidas o sufrir de náuseas. Importante que estos síntomas no le impidan continuar alimentándose. También puede tener dolores de oídos causados por el endurecimiento de cerumen en el oído, inflamación, y además apariencia decaída de la piel en el área debajo de la barbilla. Cambios en la textura de la piel y también que la mandíbula se siente rígida y que no puede abrir la boca como lo hacía antes del tratamiento. En estos casos se recomienda ejercicios para aliviar dichas molestias. Aspecto importante en esta área es el cuidado de los dientes incluyendo las encías y otros tejidos de la boca.

Recomendamos:

Evitar comer comidas muy condimentadas o ásperas (galleta).

No fume, no mastique tabaco y no tome bebidas alcohólicas.

Debe evitar comidas con mucha azúcar que puede causar deterioro dental.

Limpiarse con frecuencia la boca y los dientes.

No usar enjuagues bucales que contengan alcohol.

Acápiteme importante es el cuidado dental, ya que se puede aumentar las posibilidades de desarrollar caries dentales; por lo tanto es necesario insistir en la higiene bucal. Antes de comenzar el tratamiento es necesario en chequeo dental, además de continuar su evolución por el dentista.

Se sugiere:

Limpiar sus dientes y encías cuidadosamente con un cepillo suave después de cada comida.

Usar pasta dental con fluoruro y sin abrasivos.

Limpiar cuidadosamente sus dientes con hilo dental para que no quede ningún residuo.

Se puede enjuagar con sal o bicarbonato después de cada cepillado. Se puede preparar media cucharadita de sal y media cucharadita de bicarbonato en un litro de agua.

Otro aspecto a tener en cuenta en la boca o garganta es la inflamación que puede disminuir después de la quinta semana y que finalmente desaparece a los dos meses después de terminado el tratamiento. También se observa dificultad para tragar alimentos o líquidos por la sequedad de su boca para lo cual es necesario la orientación de su médico de asistencia. En los pacientes que usan prótesis dental pueden tener dificultad en la adaptación a sus encías debido a la inflamación y puede producirle llagas, por lo tanto es preferible no usar dichas prótesis. Cuando se afectan las glándulas salivales se produce menos saliva y por lo tanto aparece la sequedad en la boca. La mejor manera de atender esta problemática es tomando bebidas frías frecuentemente y si fueran gaseosas mucho mejor; se debe evitar fumar y tomar bebidas alcohólicas. Las comidas deben humedecerse con salsas.

Por un tiempo después de terminado el tratamiento radiante se mantiene esta sequedad y también nos dificulta comer y por lo tanto es necesario orientar comidas que sepan bien, fáciles de comer, llegando a usar hasta analgésicos en ocasiones.

b) Area de tórax y mamas.

Se puede notar dificultad para tragar o dolor al tragar, y la presencia de tos. En las pacientes con tratamiento radiante post-mastectomía se le recomienda usar sostenedores de algodón suave y sin alambre o sino no usarlo para evitar irritación en la piel.

Se pudieran observar otros síntomas que deben ser atendidos por su médico de asistencia como el hombro tieso, inflamación o hinchazón por acumulación de líquido en el área operada.

Además la piel se torna bronceada, desapareciendo a las 4 o 6 semanas. Se pudiera notar agrandamiento de los poros y ser más visibles con aumento o disminución de la sensibilidad. Esta sintomatología debe desaparecer a los 10 o 12 meses después de terminado el tratamiento radiante.

c) Area abdomen superior.

Se pudiera sentir náuseas, malestar estomacal o diarreas para lo cual se le realiza indicaciones médicas, no se debe usar remedios caseros sin consultar al médico de asistencia. Si el paciente nota náuseas se debe recomendar administrar la radioterapia con el estómago vacío; en otras ocasiones se refiere al malestar estomacal y se recomienda ingerir alimentos ligeros como pan y jugo, este efecto es más emocional que por la terapéutica.

Tratar de relajarse es una buena recomendación para recibir el tratamiento y por ello en la sala de espera se recomienda leer un libro, escribir una carta, llenar un crucigrama o tratar de distraerse.

Recomendaciones:

Mantener una dieta reforzada.

Comer porciones pequeñas.

Comer frecuentemente y despacio, igual que beber líquido.

Evitar comidas fritas o con mucha grasa.

Tomar bebidas frías entre comidas.

Comer alimentos no muy calientes.

Cuando los malestares son severos se recomienda comidas batidas, jugos, caldos, consomé o comidas suaves y fáciles de digerir como las gelatinas.

Las diarreas cuando ocurren casi siempre es a la tercera o cuarta semana del tratamiento y se recomienda:

Al tener sensación de diarreas o al comenzar la misma empezar con dieta líquida (agua, té, caldos, consomé o gelatina).

Evitar comidas altas en fibras o que puedan causar dolor o gases como algunas frutas o vegetales crudos, café, frijoles, productos de harina integral, dulces y comidas muy condimentadas.

Comer porciones pequeñas frecuentemente.

Evitar leche o sus productos derivados.

Al mejorar debe de ingerir comidas bajas en fibras, como arroz, plátanos, puré de papas, pan tostado y todo bajo en grasas.

Asegurarse de ingerir comidas altas en potasio por ejemplo plátanos y papas.

Recuerde que estos síntomas disminuyen y desaparecen paulatinamente al terminar el tratamiento.

#### d) Area de abdomen bajo

Puede tener los síntomas descritos en el tratamiento radiante administrado en el abdomen alto y también la irritación de la vejiga que produce malestar o deseos de orinar frecuentemente.

Además de los efectos en órganos sexuales y reproductivos que depende del órgano irradiado, existiendo síntomas que desaparecen al terminar el tratamiento, a largo plazo o permanentemente.

### Sobre la fertilidad

Una mujer en los años fértiles debe consultar a su médico de asistencia para evitar embarazo, ya que no debe de estarlo durante el tratamiento por las afectaciones en el feto. Además puede dejar de menstruar y tener síntomas menopáusicos. En la vagina puede tener sensación de ardor, picazón y sequedad.

En los hombres, las radiaciones en los testículos producirá disminución del espermatozoides y en su habilidad para fecundar. Es importante en los hombres jóvenes y con deseos de procrear la posibilidad de guardar su espermatozoides en congelación con el fin de usarlo en el futuro.

### Sobre las relaciones sexuales

Cuando se realiza el tratamiento en la pelvis femenina se recomienda no tener relaciones sexuales y algunas notan dolor en la vagina. Después de haber terminado su tratamiento se aconsejará tener relaciones sexuales ya que ocurre cierto encogimiento en los tejidos de la vagina.

Tanto en el hombre como en la mujer puede ocurrir disminución del interés sexual, que puede verse más por la enfermedad que por el tratamiento radiante y posiblemente desaparezca al pasar el tiempo.

#### **4.1.4 Cuidados posteriores**

El paciente debe de continuar su seguimiento por su médico de asistencia y la atención de su médico de familia es vital para detectar a tiempo y en su función de consejero emitir los juicios más correctos frente a los problemas del paciente.

En caso de dolor necesitará control del mismo para lo cual no debe usar bolsas ni compresas calientes en el área irradiada y sí el tratamiento analgésico específico. Puede acompañarse de relajación, hipnosis, acupuntura u otra posibilidad con el psicólogo por el componente de miedo que acompaña a estos pacientes.

Otras interrogantes podrán ser contestadas al tener problemas con la piel, y a la semana desaparecerá; aunque cuidándola, no tratando de flotar las manchas de tinta de la marca, esas desaparecen por sí solas. Se le recomienda continuar su recuperación con descanso y dormir todo lo necesario de noche y las siestas.

Si tiene cualquiera de los siguientes problemas se le debe de informar a su médico de asistencia, ya que es necesaria su atención especializada:

Dolor constante en el mismo lugar.

Nódulos, moretones o hinchazones.



Náuseas, vómitos, diarreas o pérdida de apetito.

Pérdida de peso inexplicable.

Fiebre o tos persistente.

Erupciones o hemorragias.

Otros síntomas que hayan sido alertados por su médico.

Con esta información le daremos mayor participación, responsabilidad y preocupación a nuestros médicos de cabecera que redundará en beneficio del paciente, su pronóstico y calidad de vida, siempre estableciendo la mejor relación entre el médico radioterapeuta y el equipo de salud.

#### **4.2 El paciente oncológico sometido a la quimioterapia antineoplásica. Aspectos básicos**

Quimioterapia es el uso de drogas o medicamentos para tratar enfermedades, aunque es usado dicho término más comunmente para el tratamiento del cáncer con agentes químicos. Este tratamiento consiste en usar un medicamento o grupo de medicamentos, como terapéutica única o en combinación con otras como la cirugía, radioterapia y productos biológicos. Puede ser usado después de otra terapéutica y se le llama quimioterapia adyuvante y si se usa en primer lugar se le llama quimioterapia neoadyuvante.

Vías de administración: tópica, oral, intramuscular e intravenoso.

Se puede administrar diariamente, semanal o mensualmente. La dosis varían según los diferentes tipos de cáncer y las reacciones del paciente a los medicamentos. La administración tópica y oral puede hacerse en el hogar o en el hospital, mientras la vía parenteral se administra en el hospital por unas breves horas o ingreso por pocos días.

La actuación de los quimioterápicos puede ser:

Matar las células malignas.

Detener el crecimiento tumoral.

Evitar la formación de nuevas células malignas.

Estos medicamentos para combatir el cáncer también pueden afectar las células normales que crecen rápidamente y producir efectos secundarios que varían de un paciente a otro.

Efectos secundarios Más frecuentes	{	Médula ósea: anemia y disminución de leucocitos y plaquetas Mucosa del aparato digestivo: náuseas y vómitos Sistema reproductivo: disminución de la esperma Folículos pilosos: caída del cabello
---------------------------------------	---	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Existen otros menos frecuentes como efecto en el lugar de la inyección, diarreas, trastornos renales, trastornos hepáticos y otros.

Debemos de recordar que la mayoría de los efectos secundarios son temporales y pueden ser prevenibles o minimizados con orientaciones precisas y los tratamientos actuales.

Sin profundizar en los distintos citostáticos, creemos es preciso conocer los efectos secundarios de los productos más usados en nuestro medio y con los cuales nuestros médicos de familia pudieran enfrentarse directa o indirectamente. Lo más recomendable es informar al médico de asistencia según la gravedad de los síntomas y su valoración lleva observación o medidas generales para que a través del tiempo esperar la recuperación.

TABLA 12. EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS QUIMIOTERAPEUTICOS MÁS USADOS

Aparición en el tiempo	Efectos colaterales	Fármacos más comunes
Inmediata	Necrosis tisular local Nauseas y vómitos Erupción cutánea. Anafilaxia Flebitis Insuficiencia renal Hipocalcemia Fiebre	Mecloretamina Casi todos Bleomicina, Taxol Mecloretamina Cisplatino Mitramicina Bleomicina
Precoz	Leucopenia y trombopenia Mucositis Alopecia Ileo paralítico Hipercalcemia Psicosis Coagulación intravascular diseminada Pancreatitis Retención hídrica Infiltración pulmonal Ataxia cerebelosa Ototoxicidad Daño renal	Casi todos Metotrexate Antraciclicos Vincristina Estrógenos Corticoides Asparginasa Asparginasa Hormonas Bleomicina 5-Fluouracilo Cisplatino Cisplatino
Retardada	Anemia Neuropatía periférica Azoopernia y amenorrea Daño hepatocelular Colestasis Hiperpigmentación Fibrosis pulmonar Miocardiopatia	6- Mercaptopurina, Tioguanina Vincristina Alquilantes Asparginasa 6- Mercaptopurina Bleomicina Bleomicina

	Síndrome de Addison Síndrome de Cushing	Antraciclinas Busulfán Corticoides
Tardía	Esterilidad Fibrosis hepática Encefalopatía Osteoporosis Leucemias agudas	Alquilantes Metotrexate Metotrexate Corticoides Alquilantes

#### **4.2.1 Efectos secundarios de la quimioterapia anti-neoplásica**

##### a) Efecto sobre la médula ósea:

Durante el tratamiento puede disminuirse el número de células rojas y células blancas por lo cual el médico de asistencia pospone el tratamiento o disminuye la dosis; además en este caso debe de prevenirse infecciones para lo cual se toma una serie de medidas que veremos mas adelante.

##### b) Náuseas y vómitos:

Se debe al efecto del citostático en la mucosa gástrica y en la parte del cerebro que controla al vómito.

Actualmente existen medicamentos para su prevención y tratamiento; pero además podemos orientar algunas medidas necesarias.

Comer pequeñas cantidades de comida al día, no llenarse.

Evitar llenarse con líquido desde una hora antes de comer. No ingerir refresco con gas.

Comer en una habitación agradable.

Comer despacio y a mas tardar dos o tres horas antes del tratamiento.

Masticar bien los alimentos.

Evitar olores fuertes, (perfumes y no fumar).

Evitar dormirse las primeras dos horas después de comer.

En casos de usar prótesis dentales debe ser quitado en los días que reciba el tratamiento.

Si tiene nauseas tratar de respirar a través de la boca.

Comer los alimentos cuando lo desee.

##### c) Diarreas:

Si ha tenido diarreas y continua por más de 24 horas o si a tenido dolores abdominales o retortijones, además de usar algún antidiarréico se pueden tomar algunas medidas:

Tomar líquidos para reemplazar las pérdidas, dieta blanda, té, agua, etc. Estos líquidos deben ser tomados a temperatura del ambiente no tomarlo congelado o muy caliente. No debe tomarse líquidos gaseosos.

Comer pequeñas cantidades y a menudo

Evitar comidas que puedan causar retortijones (café, col, coliflor, aguacate, comidas cargadas en especias y dulces)

Cuando mejore se van incorporando comidas bajas en fibras, tales como arroz, cereales, plátanos, papas, galletas etc)

Por la pérdida de potasio, debe comer comidas con contenido alto en potasio como naranja, plátano y papas.

Evitar la leche y sus derivados.

d) Constipación:

Aunque algunas drogas pueden causar constipación y su médico le hace las indicaciones correspondientes además se puede orientar:

Tomar abundantes líquidos para ayudar al movimiento intestinal.

Ingerir comidas con alto contenido en fibras (frutas, vegetales, frijoles, etc).

Se aconseja realizar algún tipo de actividad o ejercicio físico.

e) Problemas con la boca y la garganta:

Algunas drogas producen sequedad o dolor en la boca y garganta, por lo tanto al masticar y tragar se hace con dificultad, por lo cual se busca ayuda al incrementar la humedad para que sea más fácil la deglución:

Tomar abundantes líquidos.

Chupar pedacitos de hielo.

Comer frutas y helados.

Comer con mantequilla, margarina, salsas, compotas o caldos.

Comer comidas blandas, comidas frías (gelatina).

En casos de estomatitis se prescribe tratamiento medicamentoso para evitar el dolor y para curar las lesiones. Se debe orientar:

Evitar comidas y jugos con alto contenido de ácido, como tomate, naranja o mandarina.

Evitar comidas saladas o con picante.

Limpiar la boca y encía para evitar infecciones.

En caso de úlceras es importante su tratamiento con agua con sal y/o agua oxigenada o bicarbonato de sodio para enjuagar la boca.

En cuanto a la prevención de infecciones se precisa de:

No acudir a lugares con aglomeración de público

Usar cepillo de dientes suave para evitar lesiones

Usar buchadas con desinfectante tibio

Evitar soluciones que contenga alcohol o sales

Solicitar la ayuda de los estomatólogos según la gravedad de las lesiones.

f) Prevención de infecciones oportunistas por afectaciones de la médula ósea:

Además de las medidas orientadas anteriormente podemos añadir:

Lavarse las manos con frecuencia durante el día

Evitar contacto con personas portadoras de enfermedades contagiosas

Usar cepillo de dientes con cerdas de seda

Afeitarse con máquina eléctrica, no usar cuchillas de afeitar

No apretarse ningún grano

Debemos de tener presente la necesidad del diagnóstico temprano de cualquier infección para lo cual hace falta vigilar los siguientes síntomas:

Fiebre

Escalofríos

Sudoraciones, especialmente de noche

Orinas calientes

Severa tos o lesiones en la garganta

Al aparecer algunos síntomas mencionados debe de acudir el paciente a su médico de asistencia.

g) Además la afectación de glóbulos rojos produce anemia el paciente se sentirá cansado, agotado, con respiración corta, etc. Por lo cual debe de:

Reposar con frecuencia, conservar sus energías

Comer más vegetales carne e hígados

Levantarse de la cama lentamente.

Por la afectación del conteo de plaquetas el paciente presentará equimosis, petequias, heridas que sangran y por más tiempo sangrado por encías y la nariz. Debemos orientar:

No tomar aspirinas

No ingerir bebidas alcohólicas

Limpiar con gasa las lesiones de la boca

Limpiar la nariz con soplidos suaves, nunca con los dedos

Limpiar los dientes con algodón

Evitar los deportes

Evitar trabajar con objetos puntiagudos o cortantes

Extremar el cuidado al usar cuchillos o agujas de coser; así como quemaduras al cocinar

Las infecciones más peligrosas son las respiratorias

h) Caída del cabello (alopecia)

El pelo se cae a los pocos días o semanas del tratamiento. Se puede usar pelucas turbantes o pañuelos; el nuevo pelo comienza a salir con frecuencia con diferente color y textura.

i) Afectación sexual:

Las afectaciones pueden ser de los órganos sexuales y su función tanto en el hombre como en la mujer.

En esta situación es importante el tipo de droga usada, la edad y la salud del paciente en general. No se encuentra afectada la capacidad y el deseo sexual. La fatiga es un problema.

Mujer. Puede producir cambios en su ciclo menstrual, con irregularidades o puede desaparecer durante la administración de los citostáticos. En la mucosa vaginal puede sentir picazón, sequedad o sensación de quemadura. Algunos productos llegan a producir infertilidad, dependiendo del tipo de tratamiento. Se debe evitar quedar embarazada o administrar dichos productos en una mujer embarazada.

Hombre. Puede quedar infértil como resultado de la aplicación de la quimioterapia. La disminución de la esperma y la reducción de la movilidad del espermatozoide es una consecuencia importante. Después de terminar el tratamiento algunos hombres quedan infértiles y en otros puede recuperarse el conteo de espermatozoides. Por todo ello actualmente se usan los bancos de esperma para su administración por inseminación artificial.

j) Afectación emocional:

El paciente oncológico por su enfermedad tiene alterada sus emociones y lo más frecuente es que presente: miedo, ansiedad y/o depresión. Cuando comienza la administración de la quimioterapia el estilo de vida del paciente cambia por lo cual recomendamos algunas sugerencias:

Recordarle que es necesario que coma bien ya que su cuerpo necesita buena alimentación

Ayudarlo a mantener una actitud positiva

Orientarle llevar un hobby

Realizar actividades posibles

En la administración del medicamento o en la espera, leer, escribir, hacer un crucigrama, etc. En la situación de las náuseas y vómitos anticipatorios a la administración del medicamento como resultado de la ansiedad debe unos 15-40 minutos antes estar en lugar tranquilo y haber recibido un baño previo. Se pueden usar técnicas de relajación o la asistencia por un psicólogo. Hablar con un amigo, familiar o alguien del equipo médico que le pueda ayudar a reducir la angustia.

k) Afectación en el tracto urinario:

Algunas drogas cambian el color de la orina. La Adriamicina le da un tono rojizo y el Metotrexate una coloración amarillenta, también existe un fuerte olor a medicina. Debemos recordar la afectación en la mucosa del tracto urinario que puede producir sangramiento. La oliguria y hasta la insuficiencia renal se puede observar con la administración de los Platinos, se recomienda en estos pacientes tomar mucho líquido.

l) Afectaciones en los músculos y nervios:

Además de los síntomas que aparecen cuando disminuyen los glóbulos rojos por la afectación de la médula ósea, también existe hormigueo o ardor en las manos y pies, que le imparte lentitud en sus movimientos y pérdida en la estabilidad del cuerpo. Los trastornos neuro-musculares van desde parestesia hasta neuropatías severas y convulsiones producto de la toxicidad por citostáticos (Vinca y Taxanos).

Debe de cuidarse en estos casos, alimentarse lentamente, evitar permanecer mucho tiempo de pie, apoyarse y hacerse acompañar.

m) Afectación cardio vascular:

Se pueden presentar trastornos leves de la repolarización ventricular y llegar hasta la cardiopatía isquémica. Debe de tener un estudio cardiovascular previo a la administración fundamentalmente de las Antraciclinas.

n) Otras afectaciones:

Piel. Se observa en ocasiones pigmentaciones negruzcas concomitantes con callosidades en las palmas de las manos y plantas de los pies, con el uso de la Bleomicina.

Fiebre. En ocasiones con la administración de citostáticos del grupo de antibióticos se puede producir aumento de la temperatura hasta 40° C.

En toda esta problemática es importante la consideración del paciente por su Equipo Básico de Salud y el médico de asistencia, para llevar a cabo un seguimiento y control adecuado para intercambiar sobre los síntomas que van apareciendo en el paciente cuando está en el hogar, los ciclos administrados con los medicamentos y las posibles consecuencias para obtener una asistencia médica más efectiva.

### **4.3 La enfermería y la atención a los pacientes oncológicos.**

No podemos hablar de la atención al paciente con cáncer si no se habla del personal que está en la atención constante y directa, al lado del médico en el Equipo Básico de trabajo en el consultorio. Múltiples son las actividades a desarrollar por el personal de enfermería tanto en la prevención primaria, como en la prevención secundaria, así como en la prevención terciaria de salud.

Trataremos de llegar a ustedes en este tema con los aspectos necesarios de la atención primaria, pero en este caso en los aspectos de la asistencia médica del paciente oncológico en general y en específico en las curas más frecuentes, manejo del paciente paliativo en su hogar y aspectos de la rehabilitación; ya que en la participación en los programas de control de cáncer se a descrito en los capítulos anteriores.

#### **4.3.1 Atención de enfermería a pacientes oncológicos en la comunidad. Aspectos generales.**

Al conocer que tenemos en nuestra comunidad un paciente que está dispensarizado por cáncer, promovemos acciones de salud y planificamos las visitas necesarias.

Debemos de orientar algunos aspectos de nuestra participación:

Reservar la autonomía del paciente, indagar inteligentemente sobre el conocimiento de su enfermedad, conocer que afectaciones tiene en lo social, psicológico y físico; enseñar a llevar la vida lo más normal posible, es decir, que sepa vivir con su enfermedad ayudarlo a realizar actividades con su enfermedad en su entorno familiar.

Asesorar a la familia en lo que respecta a los cuidados del enfermo evitando siempre la sobre protección para no dañar su autonomía, darle a conocer a la familia la importancia de permanecer cerca al enfermo para sentirse acompañado y no se sienta sólo, evitarle cargas emocionales y orientar la conducta a seguir para evitar el agotamiento en el núcleo familiar.

Explicar la importancia de mantenerlo siempre en actividades, evitando la descompensación.

En relación al control de síntomas y tratamiento médico; se debe de cumplir las indicaciones médicas en los horarios establecidos y conocer las reacciones adversas del tratamiento.

Brindar apoyo emocional en la presencia de síntomas y a la hora de aplicar el tratamiento; buscar la cooperación de los tratamientos oncoespecíficos.



Se le debe orientar tener una buena alimentación balanceada con los nutrientes necesarios comiendo lo que el desee y tener presente sus gustos, necesidades y costumbres, acompañarlo durante la alimentación y tener en cuenta la buena presentación de la alimentación. Nunca interrumpir los horarios de alimentación por el cumplimiento de enfermería.

Higiene general: explicar la importancia del baño diario y cuidar la limpieza de los órganos de los sentidos. Mantener la higiene ambiental y mantenerlo peinado, pelado, uñas limpias.

Programación de las visitas al hogar: se programan cada tres meses dos terrenos y dos consultas, esto se intercala si el paciente esta compensado. Cuando el paciente se descompensa o se activa se realiza ingreso domiciliario hasta que se restablezca; se debe realizar un proceso de enfermería donde valorará:

Las necesidades del paciente y la familia.

Realizaremos los diagnósticos de enfermería y vemos las necesidades y problemas; cuales son de enfermería y cuales los correspondientes a los demás miembros del equipo.

Brindar acciones de enfermería para cada necesidad y problema ya identificado, realizando un orden de prioridad.

Darle la atención al enfermo o a la familia directamente con intervenciones del personal de enfermería dándole de todas las acciones de salud según necesidades del paciente y la familia se hará una retroalimentación para conocer si todas las necesidades quedaron cubiertas o si aparecieron otras dificultades o si tenemos que hacer nuevas acciones de salud, ya la que nos trazamos no causaron efecto.

#### **4.3.2 Acciones de enfermería en la atención en el paciente oncológico quirúrgico. Sus curas.**

##### **4.3.2.1 Cura de la herida cervical quirúrgica.**

Los tumores de cabeza y cuello exigen generalmente un tratamiento quirúrgico que conlleva un vaciamiento cervical, y por lo tanto es preciso la colocación de drenaje de aspiración continua para evitar colaciones hemáticas que pudieran llevar a infecciones secundarias.

La primera cura se hará bajo la indicación médica y se vigilará el correcto funcionamiento del drenaje.

Materiales necesarios:

- Set de curas
- Alcohol o éter
- Gasas vaselinadas
- Apósitos grandes

- Torundas o gasas estériles
- Esparadrapo
- Guantes estériles

*Se prepara el enfermo y se le da información sobre el procedimiento que vamos a realizar:*

Se descubre la herida retirando los apósitos

Se le limpia la herida con solución volátil con el mismo procedimiento de la cura seca pero observando detenidamente para vigilar la presencia de secreciones y olor como manifestación de inflamación.

En caso de reparación por colgajos y para evitar la compresión suele ser conveniente dejar la herida sólo cubierta con gasas vaselinadas.

Se le orienta al paciente no apoyarse sobre el lado operado y mantener la cama en unos 45° para evitar el retorno venoso.

#### **4.3.2.2 Cuidados de la traqueostomía:**

Para una buena permeabilidad de las vías aéreas es preciso mantenerlas libres de secreciones, para ello lo más efectivo es animar al paciente a expulsarlo por medio de la tos; de lo contrario deben ser aspirados. Para evitar la irritación sobre la piel y los bordes y así mismo la acción de las secreciones es conveniente la colocación de un apósito agujereado a través del cual se introduce la cánula, debe mantenerse seco y limpio por lo que se cambiará si fuera necesario.

Material necesario:

Guantes estériles.

Recipientes estériles.

Solución salina.

Agua oxigenada.

Torundas, Gasas, aplicadores y apósitos estériles.

Equipo de aspiración.

Pinzas y dilatador de tres ramas.

Tijera abotonada

Pasos esenciales:

Evalúe el estado del paciente

Explique el procedimiento y proteja su individualidad

Coloca al paciente en posición semi sentado o sentado

Aspire a lo largo del tubo de la traqueotomía

Quite el apósito

Póngase un guante estéril en la mano dominante

Humedezca una torunda estéril en solución y exprima el exceso de líquido para prevenir la aspiración accidental.

Limpie la zona de la traqueostomía y repita el procedimiento con los aplicadores para limpiar el estoma

los bordes.

Quítese y deseche los guantes

Con la otra mano enguantada coloque la cánula ya verificada su permeabilidad

Al colocar la cánula al paciente hágalo suavemente y cerciórese del que el paciente esté cómodo y con buena ventilación

Limpie y deseche todo lo usado.

#### **4.3.2.3 Cura de las pacientes mastectomizadas. Cura de la herida y cuidados del drenaje.**

La curación de las heridas se realiza para prevenir las infecciones. La correcta asistencia nos permite medir el volumen de exudado para vigilar el equilibrio de líquidos y electrolitos.

Material necesario:

Guantes estériles

Gasas estériles

Esparadrapos

Materiales necesarios para aseptizar (solución salina, alcohol, éter y recipiente graduado)

Tijeras y Pinzas esterilizadas

Bolsas colectoras

Pasos esenciales:

Lea detenidamente las órdenes médicas para ver si hay instrucciones específicas de la curación.

Explicar el procedimiento si se trata de la primera cura

Coloque al paciente en la posición adecuada

Lávese las manos

Colóquese los guantes estériles

Mediante la técnica de asepsia anule el vacío, quitando el tapón de la cámara colectora, vacíe el contenido en un recipiente graduado y anote la cantidad y el aspecto del exudado

Si es necesario realice en este momento pruebas diagnósticas con la muestra de líquido

Limpie el tapón del aparato con una torunda esterilizada impregnada en alcohol para volver a cerrar el vacío y verificar la permeabilidad del equipo.

En caso de pera de aspiración se cambia por una esterilizada

Quítese los guantes

Afloje todos los apósitos y observe los bordes de la herida buscando signos de infección

Proceda a limpiar la herida con gasas o torundas con solución prescrita para las curas secas.

Coloque apósitos o gasas dobles sobre la herida quirúrgica y realice con presión en la zona operada.

Vea que el paciente quede cómodo

Retire todo el material utilizado

Lávese las manos y escriba en la historia clínica todas las anotaciones correspondientes

El procedimiento se realiza diariamente.

Las suturas se retiran al 8vo día seleccionar los puntos de forma alterna, observar la evolución de la herida sin dejar los ejercicios de rehabilitación.

Cuando existen complicaciones posteriores a la cirugía, aplicar en la herida soluciones antisépticas o utilización medica alternativas como lavar la zona con solución de hojas de guayabas o tinturas de ajo.

#### **4.3.2.4 Cura de la colostomía:**

El paciente con colostomía usa todo el tiempo una bolsa externa para recoger las heces fecales acuosas o pastosas producidas por el intestino, también conocido como aparato de colostomía, ayuda también a controlar el dolor y protege el estoma. Cada vez que se limpie la bolsa se debe brindar los cuidados de enfermería.

Guantes estériles

Aparato de colostomía

Bolsas plásticas

Agua y jabón

Pinzas

Frasco de solución

Crema protectora

Gasa no esterilizada

Pasos esenciales:

Evalúe el estado del paciente

Explique el procedimiento al paciente y describa los pasos porque esto fija el conocimiento ya que él tendrá que hacerlo por si mismo

Retire la bolsa usada

Coloque una gasa no esterilizada para observar el exudado

Con agua tibia lave muy bien la piel alrededor de la boca quirúrgica y séquela perfectamente

Aplique la crema protectora para prevenir la erosión de la piel

Retire la cubierta del resguardo

Centre la bolsa sobre el estoma y oprima suavemente para pegar los bordes

Coloque el cinturón y oprima la bolsa para expulsar el aire

Si el paciente usa aparato de colostomía debe sugerírsele tener dos o más para poner uno mientras se limpien los otros

Anótese fecha y hora del cuidado de la colostomía en la historia clínica reflejando color, cantidad y cualquier otra anotación

Brindar educación sanitaria al paciente y la familia mediante un plan de enseñanza

#### **4.3.3 Acciones de enfermería en la fase de recuperación**

Evalúe el estado del paciente

Ayudar a recuperar el mayor grado posible de independencia del paciente

Paliar el dolor físico y aliviar el sufrimiento del paciente y la familia

Evitar que surjan complicaciones como por ejemplo las úlceras o escaras por encamamiento

Ofrecer asistencia comprensiva, que incluye escuchar con paciencia las inquietudes del paciente y la familia

Dar apoyo emocional y consuelo a pacientes y familiares

Educar y orientar el trabajo que debe desempeñar la familia en la atención al enfermo

#### **4.3.4 Actividades de enfermería en la medicina paliativa con el paciente oncológico**

La enfermera además de realizar técnicas y administrar medicamentos debe llevar a cabo las siguientes intervenciones:

Explorar al paciente en la primera visita para detectar síntomas físicos, psíquicos y sociales para elaborar un plan de actuación junto con el resto del equipo.

Valorar durante el seguimiento la evolución de los síntomas y problemas detectados anteriormente, con el fin de ajustar tratamiento o pautas de actuación.

Detectar posibles complicaciones que puedan surgir e informar al paciente y a la familia de la actitud a seguir.

Comprobar la correcta administración de los tratamientos prescritos y las medidas de confort, corrigiendo los errores cometidos por el paciente o la familia.

Educar a la familia sobre los cuidados básicos (higiene, alimentación, movilización, etc). Los cuidados específicos (cuidado de sonda, vía de administración del tratamiento, cura, etc) que debe recibir el paciente en su domicilio)

Trabajar en equipo junto con los demás profesionales socio-sanitarios.

Registrar en la historia clínica todos los datos de interés para el seguimiento del paciente y la familia.

Incrementar los conocimientos y el interés sobre los cuidados paliativos, mediante la lectura bibliográfica y los programas de formación continuada.

Evaluar los datos clínicos obteniendo los resultados que permitan comprobar si se han alcanzado los objetivos planteados

Colaborar en el diseño y desarrollo de distintos trabajos investigativos relacionados con los trabajos paliativos.

Realizar una selectividad en el núcleo familiar o en su entorno para elegir el cuidador primario del enfermo (es la persona con el que tenga más afinidad y confianza con buenas condiciones físicas y psíquicas).

#### **4.3.4.1 Objetivos de la enfermería en la medicina paliativa:**

Objetivo general: mejorar la calidad de vida de los pacientes en estadio terminal brindando bienestar y el máximo confort físico, psíquico y social del paciente.

Objetivos específicos: está encaminado a los cuidados integrales propios del enfermo y la familia que son:

- Cuidados higiénicos generales
- Cuidados preventivos (nuevos problemas del paciente y la familia)
- Cuidados sintomáticos (resolver o paliar)

#### **4.3.4.2 Ingreso domiciliario de los pacientes paliativos.**

Se debe de visitar por el Equipo Básico de Salud diario o según las necesidades, y además por el psicólogo o la trabajadora social según proceda en su problemática.

Conocer y adiestrar al cuidador primario y hacer estrategias de visitas para chequear el seguimiento y su control, y así mantener una seguridad al enfermo y a la familia dándole a conocer que no están solos en este proceso y que somos los máximos responsables de ayudarlo a morir con el mínimo de sufrimiento y la máxima dignidad se debe de realizar un proceso de atención de enfermería con acciones de salud encaminadas al enfermo con asesoramiento y conocimiento al cuidador primario donde las acciones estén en dependencia de sus necesidades, pueden ser a corto, mediano y largo plazo y donde la estrategia principal depende de los síntomas más frecuentes en cada momento.

#### **4.3.4.3 Acción de enfermería en los síntomas del dolor.**

Eliminar el dolor con analgésico indicado por el médico conociendo la escala analgésica y realizando un gráfico para identificar calidad del dolor, cómo es? (sordo o punzante), localización, dónde se sitúa? (superficial o profundo), modificación. Qué lo empeora? (los movimientos, alimentación), patrón (cambio de tiempo) horario, cuándo le duele más? (por la noche o por el día). Con todo esto ante explicado se hará una reevaluación periódica y frecuente para un manejo adecuado.

Los Analgésicos se administrarán a hora fijas, debe ser a intervalos regulares ya que se evita la aparición del dolor, puesto que una vez que el dolor reaparece, es necesario utilizar dosis mayores para su control que las utilizadas para prevenirlo. Además la reaparición del dolor puede suponer la pérdida de confianza del enfermo en sus cuidadores por otra parte se evita al paciente la responsabilidad de pedirlo, por eso es que nos convertimos en el guardián del dolor y somos los indicados para orientar al médico cuando el paciente no asimila el tratamiento, cuando hay reacciones adversas y cuando necesita cambio en la escala analgésica.

Aliviando el dolor eliminamos algunos síntomas como son: sufrimiento, anorexia, insomnio y ansiedad.

#### **4.3.4.4 Acciones de enfermería en el cuidado de la piel.**

Evalúe el estado del paciente

Aseo corporal diario (temperatura de agua preferentemente tibia, jabón de PH neutro)

Toallas suaves y limpias no flotar usar como moteado.

Uso de vaselina simple en la piel seca para reconstruir el manto hidrolipídico a alguna crema que el contenido tenga grasa o aceite para que sea efectiva.

En caso que la piel sea húmeda, secar bien la zona de axilas, región inguinal, zona glútea y genital.

Limpiar varias veces en el día con sueros fisiológicos y dejar al aire posteriormente.

Vigilar piel enrojecida, irritadas, maceradas y edematosa, con lesiones exudativas y con mal olor, evitando infecciones preferentemente la micosis (hongo).

Uso de alcohol tanino en piel húmeda para evitar la escara o úlcera.

Realizar ejercicios pasivos o activos (sólo o con ayuda) masajes y fricciones para la circulación.

Abundante líquido evitar deshidratación.

Control de la incontinencia de esfínteres (orina).



Evitar y controlar el prurito para que no exista pérdida de la continuidad de la piel.

Mantener la cama limpia y bien tendida sin arrugas.

Facilitar la ventilación en la habitación y estar cómodo el paciente con ropa sola la necesaria.

Si fuera preciso colchón antiescaras y de almohadillado de las zonas más vulnerables.

#### **4.3.4.5 Acciones de enfermería en las curas de úlceras por distintas causas.**

Existen tumores que afectan directamente a zonas cutáneas y debido al encamamiento también existe daño en la continuidad de la piel, por tanto:

La cura se debe realizar con suero fisiológico o agua hervida, no se orienta antisépticos por ser tóxicos para el tejido de granulación e inactivo ante la presencia de materia orgánica.

Lavado suave sin frotación para evitar el sangrado.

Según el tipo de herida que encontremos, se realizarán las curas:

- No infectadas: Compresas de tul engrasadas puede ser vaselina líquida, aceite ricino, cera de abeja o sustancias neutras que no interfieren en el proceso normal de cicatrización e impiden que el apósito se adhiera a los tejidos o también se puede usar gasas impregnadas con vaselina (se cambia cada 2 días si no existe fuga de exudado).

- Infectadas: Uso de agua oxigenada y luego suero fisiológico se usarán fórmulas que deben prepararse en farmacia, pueden ser: 1 ampula de 10cc de Lidocaína al 5 % más 4 comprimidos vaginales de Metronidazol de 500mg más 40g de vaselina más una gota de aceite de vaselina, caducidad es de 15 días. Se ha comprobado su gran eficacia para combatir las infecciones y sobre todo el mal olor y el dolor. En ocasiones es necesario antibióticos sistémicos.

Si es sangrante la úlcera, usar epinefrina y hacer hemostasia, y mantener la cura como según este la lesión infectada o no infectada.

#### **4.3.4.6 Acciones de enfermería en el cuidado de la boca.**

Evalúe el estado del paciente

Cepillados de dientes y lengua después de cada comida, cepillo blando y de cerda.

Si no tolera el cepillo, con torunda de algodón con el dedo índice protegido con guante o gasa. Precaución, no provocar náuseas.

Puede usar pasta o agua con bicarbonato sódico.

Limpiar la prótesis dejándola en soluciones durante la noche, puede ser soluciones antisépticas o en bicarbonato sódico (1 cucharadita) en 250cc de agua, enjuagar bien antes de su uso.

Evitar los alimentos y bebidas dulces entre las comidas.

Aumentar la ingesta de líquidos preferentemente agua o sumo de jugos sin azúcar.

Estimular la saliva o crear la saliva artificial a través de chupar cubitos de hielo de sabores, chupar tabletas de Vit C (sin pasar de 1 g diario), chupar trocitos de frutas ácidas (piña, limón y tamarindo).

#### **4.3.4.7 Acciones de enfermería en el cuidado de la eliminación intestinal.**

Estreñimiento:

Dieta rica en líquidos, frutas y fibras para evitar el estreñimiento ya que va estar siempre presente en estos pacientes por su encamamiento y el uso de opioides.

Debemos indicar el uso de laxantes permanentes de lo contrario aceite de oliva diario.

Control de la defecación no pasar más de 3 días sin defecar y si la consistencia sea dura o seca.

Si sucede que está más de 3 días sin defecar enemas, siempre teniendo presentes la técnica de la administración y primero conocer si el paciente mediante un tacto rectal no tenga un fecalomas, esto se realizará por decúbito lateral siempre tenemos que contar con la colaboración del paciente.

Si existe obstrucción intestinal comunicarle al médico.

Si existe diarrea:

- Dieta astringente
- Medicación si procede (jarabe de guayaba)
- Higiene adecuada ya que la diarrea deja la zona perianal húmeda e irritada.

#### **4.3.4.8 Acciones de enfermería en los cuidados de los síntomas neuro- psicológicos**

Síntomas disnea:

Mejorar la disnea a través de ejercicios respiratorios (respiración diafragmática y de las costillas inferiores y respiración con los labios semi-ocuidos)

Aire fresco sobre la cara, un ventilador o un humidificador cerca de su cara, la cama al lado de una ventana, paño frío en la cara, esto elemento de ayuda psicológica.

Posición confortable semi-sentado

Oxígeno terapia humidificación para evitar la sequedad.

Apoyo emocional con simpatía y comprensión.

Mantenerlo con la ropa holgada ni ajustada, ni otra prenda de vestir.

Síntoma de tos:

Se alivia con humidificación e hidratación permitir fluidificar y movilizar las secreciones.

Fisioterapia respiratoria 2 o 3 veces al día.

Enseñarlo a toser decúbito lateral.

Síntoma hipo:

Estimulación faríngea como tratamiento del hipo.

Tomar dos cucharadas de azúcar.

Colocar en la base del cuello un objeto frío, llave, moneda, etc.

Beber agua por el lado contrario al vaso.

#### **4.3.4.9 Acciones de enfermería en síntomas náuseas y vómitos.**

Evalúe el estado del paciente

Comprobar cual es la causa de la aparición de estos síntomas y confirmar su presencia puede confundirse con expectoración profusas o una regurgitación.

Comprobar si existe hipercalcemia para corregirla.

Se debe mantener el tratamiento antiemético profilácticamente, siempre que exista presencia de náuseas.

Instaurar medidas ambientales que eviten las náuseas y los vómitos, alejar olores, crear un ambiente tranquilo, comidas cortas y repetidas de presentación esmerada.

Si hay que administrar fármacos se utilizará la vía parenteral y rectal si el vómito es de inmediato a ingestión de alimentos o medicamentos o si el vómito es repetido con frecuencia a un episodio cada 8 horas.

#### **4.3.4.10 Acciones de enfermería en el síntoma de la Anorexia.**

Cuidar la preparación y presentación de los alimentos, pequeñas dosis en platos pequeños, respetar los gustos del paciente y los horarios.

Tener al paciente a la hora de la alimentación en un lugar tranquilo lejos de los olores molestos.

Por los cambios en el metabolismo su preferencia son los sabores dulces y con temperatura fría o templada.

Administrar según prescripción médica medicamentos estimulantes del apetito (corticoides a baja dosis).

#### **4.3.4.11 Acciones de enfermería en las actividades físicas y movilidad.**

Realizar en el hogar ejercicios diarios.

Si e el paciente no puede hacerlo realizarlo con ayuda diaria.

Darle participación en actividades del hogar (coser, escoger el arroz, etc).

Cambiarlo de habitación si lo prefiere o ambientar la habitación favoreciéndolo con el TV, grabadora, para que pueda tener entretenimiento en el día.

Si esta postrado en la cama, cambios posturales a lo largo del día siempre que el enfermo lo permita.

Crear algún sonido que pueda identificar el familiar para la ayuda en caso que el enfermo lo necesite (una campanita, etc).

Es importante la limpieza de la cama, la habitación y la alegría de su entorno.

Realizar actividades de entretenimiento como las cartas, parchis, damas, siempre que el paciente lo desee en compañía de otra persona o al igual que la terapia del recuerdo.

#### **4.3.4.12 Vías de administración de los fármacos.**

El enfermo que se encuentra en situación terminal va a presentar numerosos síntomas por lo que va a ser necesario la administración de un elevado número de medicamentos para su adecuado control.

Por este motivo hay que evitar las técnicas agresivas e invasivas consiguiendo la máxima autonomía para el paciente y la familia en la aplicación de las medidas terapéuticas la elección de una u otra vía de administración se debe basar en las necesidades individuales de cada paciente.

Las posibles vías de administración de fármacos son:

Oral

Sublingual  
Rectal  
Intravenosa  
Transdérmica  
Intramuscular  
Subcutánea  
Técnicas especiales

A continuación vamos a describir la *vía subcutánea* por ser la menos conocida, pues su uso se ha limitado para la administración de la heparina, insulina y la morfina.

Ventajas:

Buena absorción  
No precisa de hospitalización  
Efectos colaterales menos intensos  
Sencillez de la técnica  
Autonomía del paciente  
Poco molesta escasamente dolorosa y no agresiva  
Fácil reposición de la aguja  
Abaratamiento de los costos

Inconvenientes:

Reacción cutánea en la zona de punción  
Hematoma  
Salida de catéter accidentalmente  
Reacción adversa al material  
Administración en bolos:

Para evitar repetir los pinchazos utilizamos la polomella o aguja de Butterflai. Esta se le coloca en una zona que le permita cómodamente la movilidad del enfermo (pared del abdomen, deltoides, pectoral, muslo), se introduce la aguja de pequeño calibre (23-25) con un ángulo de 45° con el bisel hacia arriba en el tejido celular subcutáneo. Se fija con una cobertura adhesiva transparente que no produzca irritación y permita la observación y facilite la higiene y la seguridad de la vía. Para la administración en bolos debe tenerse en cuenta que no exceda la dosis de más de un mililitro del fármaco. Deberá cambiarse cada 72 horas.

## **4.4 Principios generales de la Oncopediatría**

### **4.4.1 Introducción**

El cáncer es la principal causa de muerte por enfermedades (excluidos los accidentes) en edades pediátricas en países con elevado desarrollo socio económico, en nuestro país se comporta de igual forma al disminuir la mortalidad por otras causas como resultado del impacto de nuestro Sistema

Nacional de Salud. Como vemos las enfermedades oncopediátricas tienen una gran repercusión como problema de salud, que involucra prácticamente a todas las especialidades.

El paciente oncológico plantea una situación muy particular dada la importante condición psicológica que comporta el diagnóstico del cáncer y por la necesidad de administrar tratamientos altamente especializados, con frecuencia, multidisciplinarios. De especial importancia es el papel de pediatras y médicos generales integrales, que suelen estar implicados en prácticamente todas las fases de la enfermedad y que deben contribuir desde la difusión de métodos de prevención y diagnóstico precoz, hasta la atención diferenciada de pacientes y familiares, siendo un soporte importante en la etapa terminal.

### **4.4.2 Diagnóstico del Cáncer.**

La forma de presentación de un paciente pediátrico con cáncer es extremadamente variable y aunque existen signos y síntomas altamente sospechosos, los cuales se denominan signos de alarma, como tumoración abdominal, adenopatías, enterorragia, hematuria, dolores óseos, dolor abdominal, cefalea matinal, hemorragia vaginal, fiebre recurrente, palidez, fatiga, pérdida de peso, edema facial y del cuello, trastornos de la marcha, etc., la mayoría se mezcla con síntomas y signos generales, además existen un grupo de enfermedades que predisponen a que los niños sufran de cáncer, dentro de las que se encuentran:

Facomatosis.

Trastornos metabólicos.

Trastornos inmunes.

Trastornos en la estabilidad y reparación del DNA cromosomal. Por lo anteriormente expuesto debemos hacer siempre un interrogatorio y un examen físico completo para evaluar integralmente al paciente y hacer el diagnóstico diferencial correcto, y así se

establece en el Programa de Atención Médica a la Familia donde cada grupo de atención se plantea los posibles factores de riesgo, y su influencia en los niños y adolescentes.

TABLA 13. MANIFESTACIONES FRECUENTES DE LOS TUMORES MALIGNOS EN LA NIÑEZ

Signo / Síntoma	Trastorno no maligno simulado	Significado	Ejemplo
<b>Hematológicos</b>			
Palidez, anemia,	Anemia Ferropénica, Hemorragia	Infiltración de la Médula Ósea	Leucemia, Neuroblastoma
Petequias, Trombocitopenia. Fiebre, Faringitis, Neutropenia	Púrpura Trombocitopénica Idiopática Faringitis Estreptococcica / Viral	Infiltración de la Médula Ósea Infiltración de la Médula Ósea	Leucemia, Neuroblastoma Leucemia, Neuroblastoma
<b>Sistémicos</b>			
Dolores Óseos, Cojera, Artralgia.	Osteomielitis, Enfermedad Reumática, Traumatismo	Tumor Óseo Primario. Metástasis Ósea.	Osteosarcoma, Sarcoma de Ewing, Leucemia, Neuroblastoma.
Fiebre de Origen Desconocido, Pérdida de Peso, Sudoración Nocturna.	Enfermedad del Colágeno, Infección Crónica.	Tumor Maligno Linfo-reticular	Enfermedad de Hodgkin. Linfoma No Hodgkin.
Lifadenopatía Indolora.	Virus de Epstein – Barr, Citomegalovirus.	Tumor Maligno Linfo-reticular.	Leucemia, Enfermedad de Hodgkin, Linfoma No Hodgkin, Linfoma de Burkitt
Lesión Cutánea.	Absceso, Traumatismo.	Enfermedad Primaria o Metastásica.	Neuroblastoma, Leucemia, Histiocitosis X, Melanoma
Masa Abdominal.	Organomegalia, Hidronefrosis, Estreñimiento.	Tumor Suprarrenal o Renal.	Neuroblastoma, Tumor de Wilms, Hepatoblastoma.
Hipertensión.	Enfermedad Renovascular, Nefritis.	Tumor del Sistema Nervioso Simpático.	Neuroblastoma, Tumor de Wilms, Feocromocitoma.
Diarrea.	Enfermedad Inflamatoria Intestinal.	Polipéptido Vasoactivo Intestinal.	Neuroblastoma, Ganglioneuroma.
Masa de Partes Blandas.	Absceso.	Tumor Local o Metastásico.	Sarcoma de Ewing, Osteosarcoma, Neuroblastoma, Rabdomyosarcoma, Tumor de Askin de Granuloma Eosinófilo.



### **4.4.3 Efectos fisiopatológicos del tumor en el paciente**

#### **Masa**

- Anomalías estructurales
- Síntomas de presión
- Alteración de la función del tejido normal
- Restitución, necrosis o ambos del tejido normal
- Psicopatología

#### **Síndromes paraneoplásicos**

- Reacción febril
- Anorexia
- Inmunorespuesta alterada
- Hematopoyesis alterada
- Coagulabilidad alterada
- Anomalías endocrino-metabólicas
- Síndromes gastrointestinales

Diarreas

Enteropatía con pérdida de proteínas

Adenomatosis

Ulceraciones

#### **Reacciones Neurógenas**

- Encefalopatía
- Mielopatía
- Síndromes Psicológicos

#### **4.4.4 Sistemas de Actuación**

##### **4.4.4.1 Cuidados de la boca**

La cavidad oral es un sitio frecuente donde se expresan las complicaciones terapéuticas de los citotóxicos como la mucositis, ulceraciones, infecciones, sangramientos y xerostalmia. Una correcta higiene mejora las lesiones, disminuye el riesgo de crecimiento de microorganismos y reduce las complicaciones de la terapéutica.

Profilaxis oral

Evaluación inicial de la cavidad bucal incluyendo el estado dentario.

Tratamiento para evitar las complicaciones durante la aplicación de drogas citorreductoras o la cirugía.

No realizar tratamientos estomatológicos si los parámetros sanguíneos (plaquetas, leucocitos) no se encuentran en cifras aceptables.

El tratamiento dental debe estar dirigido a eliminar focos de infección, si es posible antes de comenzar el tratamiento oncoespecífico, esta dificultad se hace mandatoria cuando el paciente va a recibir radiaciones en particular de la cabeza y el cuello.

El tratamiento de endodoncia está indicado en la primera dentición y puede estar contraindicado en la dentición permanente (tratar de evitar estos procedimientos).

##### **B) Tratamiento**

Durante el tratamiento se debe ser conservador y está en relación con la condición del paciente.

Aplicar las medidas higiénicas que evitan las complicaciones orales, desde la limpieza de la boca y dientes hasta el tipo de dieta.

##### **C) Prevención y tratamiento de la mucositis**

Buena higiene oral.

Agentes tópicos que ayuden a la mucosa, calmen las molestias y eviten las infecciones.

Dieta blanda, libre de condimentos irritantes, no muy caliente.

##### **D) Prevención y tratamiento de infección oral**

La mucositis inducida por quimioterápicos o radiaciones puede reactivar una infección latente de herpes virus simple, esto ocurre en el 75% de los casos, la infección secundaria es usualmente por Cándida, una gingivitis marginal, es presumiblemente causada por anaerobios.

Prevención

Buena higiene oral.

Profilaxis tópica con sustancias que protejan contra el herpes virus y los hongos.

Diagnóstico

Coloración directa de Gram y cultivo.

Tratamiento según el diagnóstico.

Disfunción de las glándulas salivales.

Esta alteración de las glándulas salivales incluye, poca secreción de saliva, con mucha viscosidad que da como resultado un crecimiento de los gérmenes cariogénicos y se observa en el tratamiento quimioterápico, por ejemplo la Doxorubicina y en la radioterapia de cabeza y cuello. El tratamiento en general es el que se plantea para los cuidados de la boca, los alimentos libres de azúcar y mantener la humedad de la mucosa oral.

Sangramiento gingival

La mayor causa de sangramiento oral es la gingivitis. Debemos enfrentarla con una correcta higiene bucal, con el conocimiento del estado de las plaquetas y la coagulación y utilizar tratamiento tópico según el diagnóstico.

#### **4.4.4.2 Cuidados de la piel**

Dermatosis.

Características: Edema, enrojecimiento, maceración, ampolla y exudado.

Precauciones:

Baños de corta duración.

Jabones no irritantes.

Secar el cuerpo adecuadamente.

Uñas cortas y limpias así como el cabello.

Cuidados:

Limpiar la zona con solución salina al 0.9 %, dejarlo actuar 2 minutos y secar convenientemente.

Favorecer que los pliegues cutáneos puedan oírse poniendo al paciente en posturas que lo permitan y que a la vez se sientan cómodos.

#### **4.4.4.3 Prevención de la Infección**

Los niños que reciben tratamiento para el cáncer se les incrementa el riesgo de infecciones bacterianas, vírales, micóticas y por protozoarios. Dentro de los factores responsables está la mielosupresión que hace decrecer la función de las células sanguíneas, cambios en la inmunidad humoral y celular, pérdida de la integridad física de las barreras de defensa, hiponutrición y cambios en la colonización de la microflora (ecosistemas).

Los siguientes pasos minimizan el riesgo de infección asociada a la morbilidad y mortalidad en niños con cáncer.

##### **Medidas generales**

a) Ambiente apropiado.

La neutropenia sola no es suficiente indicación para la hospitalización, la exposición de gérmenes resistentes a los antibióticos, es decir, microorganismos nosocomiales pueden adicionar un riesgo mayor en estos pacientes.

Cuando la hospitalización es necesaria debe ser aislado el paciente de otros con infección activa (cuartos de aislamientos).

Los trabajadores del hospital que por razones estrictamente necesarias estén en contacto con el paciente, así como familiares, deben cumplir lo establecido en los servicios de aislamiento para este tipo de paciente.

##### **Higiene**

a) Precauciones en la dieta.

Se tienen evidencias que una dieta con poca manipulación reduce la incidencia de serias infecciones, por lo que debemos eliminar los alimentos con frutas, raíces, vegetales, alimentos en conservas y se debe insistir en el lavado de manos y alimentos con agua corriente.

b) Limpieza del cuerpo.

Debe bañarse diariamente, incluyendo la cabeza, cuidados especiales de la piel, en particular de las venipunturas, higiene dental y en especial de la boca, cuidados de la limpieza de sondas y catéteres, proteger la mucosa ano-rectal y evitar la constipación.

##### **Profilaxis del Neumocystis Carini**

Antecedentes. Los pacientes que han sido tratados por cáncer tiene una gran incidencia de infecciones por neumocystis carini, esto cambia de institución en institución y de protocolo en protocolo, por eso la indicación de la profilaxis es variada, siempre debemos tenerla en cuenta y aplicarla según lo establecido en nuestros servicios.

##### **Profilaxis de algunas infecciones bacterianas**

Algunos elementos indican que estos pacientes tienen riesgo de serias infecciones bacterianas y pueden morir en relación con una de ellas, como las del tracto respiratorio, el tracto urinario, celulitis, etc.

Las medidas terapéuticas, tanto antimicrobianos como vacunas (recordar la respuesta a las vacunas de estos pacientes), así como el uso de la gammaglobulina, están condicionadas por el tipo de germen aislado o sospechado, así como la situación individual de cada paciente.

### Profilaxis de hongos

Las infecciones micóticas son una causa significativa de morbilidad y mortalidad en pacientes inmunodeprimidos, en particular aquellos que reciben de forma prolongada antibióticos en el tratamiento de la neutropenia febril, los hongos más frecuentes aislados son la *Cándida* y el *Aspergillus*.

### Profilaxis de Virus

Las infecciones virales comunes incrementan su virulencia en niños inmunocomprometidos e incluyen varicela zóster, herpes simple, cytomegalovirus, Epstein-Barr, el virus de la hepatitis "A" y "B", el sincitial respiratorio y el de la rubéola.

Para la profilaxis debemos tener en cuenta el esquema de vacunación del paciente, la enfermedad viral de que se trate y recordar que no se deben administrar vacunas de virus atenuados en estos pacientes, el uso de inmunoglobulinas y antivirales serán discutidos de forma individual en cada paciente.

### Fiebre

La fiebre ocurre por múltiples causas, usualmente se interpreta como un signo de infección, aunque en los pacientes oncológicos puede estar ausente en ocasiones, durante los procesos infecciosos. Es el más común y claro de los signos que acompañan al niño enfermo, se puede medir la temperatura en la boca, axilas, conductos auditivos y el recto. En los pacientes con neutropenia no debe tomarse la temperatura rectal.

### *Evaluación del paciente con neutropenia febril y cáncer.*

Historia clínica que debe incluir un examen físico minucioso que nos lleve a detectar la presencia de algún proceso inflamatorio, especial atención merece la piel, fosas nasales, faringe y región perianal, debemos palpar todos los lugares sinuosos en particular las articulaciones.

Por parte del laboratorio se deben investigar los elementos formes de la sangre, orina, cultivo de catéter o venipuntura sospechosa de infección; se realiza Rx de Tórax y de senos perinasales.

El uso de medicamentos está en relación con el germen que se sospeche, virus, bacterias, hongos, que comenzamos a utilizar aún sin tener los cultivos y de acuerdo con la política antimicrobiana del centro donde se encuentra el servicio oncológico.

#### **4.4.4.4 Soporte Nutricional**

El objetivo fundamental de la intervención en la nutrición en pacientes oncopediátricos se sustenta sobre la base de la prevención del déficit nutricional, mantener el normal crecimiento y desarrollo, disminuir la morbilidad y ofrecer mejor calidad de vida.

Factores que contribuyen a la desnutrición en el niño con cáncer.

Psicológicas y del sistema nervioso central. De la ingestión, rechazo temprano a los alimentos, anorexia, alteraciones gustativas, olfatorias y estrés.

Relacionados con el tratamiento. Cirugía, quimioterapia, radiaciones: estomatitis, náuseas, xerostalmia, ileo y dolor.

Efectos del tumor. Obstrucción mecánica, posibles tóxicos tumorales que afectan el apetito, caquexia.

Relacionadas con el huésped. Alteraciones metabólicas, requerimientos para crecer, anorexia por sensación de estómago lleno, producción de citoquinas (FNT $\alpha$  -IL1 – IL6).

Criterios para una intervención nutricional.

##### a) Antropométricos

Si en los gráficos de peso y talla para la edad caen dos canales por debajo del que corresponde para su edad.

Si pierde más del 5% del peso antes de la enfermedad o más del 5% en el último mes.

Si tiene menos del 90% del peso y talla ideal para su edad.

Si presenta algún grado de desnutrición.

Si está ingiriendo menos del 80 % de las necesidades estimadas.

##### b) Bioquímicos.

Se evalúan las proteínas totales, albúmina, sodio, potasio, cloruros, bicarbonato, glucosa, creatitina, urea, calcio, fosfatos, triglicéridos, colesterol, fosfatasa alcalina, aminoácidos y bilirrubina.

Se recomienda evaluar adecuadamente los factores contribuyentes y disminuir sus efectos. Intervenir de acuerdo con lo evaluado en cada paciente y utilizar la vía, idónea según las necesidades y condiciones existentes. Inmunizaciones del Niño con Cáncer.

Los niños con terapias agresivas para el cáncer, sufren una supresión inmune profunda; para protegerlos con vacunas debemos tener en cuenta el esquema nacional de vacunación para su edad, el tiempo, el tipo de vacuna y su respuesta.

#### **4.4.4.5 Inmunización activa de niños**

##### **4.4.4.5.1 Inmunización activa de niños con quimioterapia**

a) Bacterias. Las infecciones por difteria, tétanos y pertusis son raras debido a los esquemas de vacunación previos y la inmunidad hereditaria, varios estudios reportan respuestas adecuadas a vacunaciones primarias con D.P.T. durante la quimioterapia y están muy relacionados con condiciones individuales.

Las vacunas con polisacáridos de neumococo, meningococo y hemophilus influenzae deben ser usadas, pues con frecuencia se observa este tipo de infecciones en los pacientes oncológicos. Diferentes estudios han documentado una respuesta adecuada de los pacientes con leucemia linfoblástica aguda, linfoma y tumores sólidos a este tipo de vacunación, que varía del 50 al 85% de una respuesta inmune significativa que se normaliza después de cuatro años de tratamiento. Los niños con terapia mantenida deben ser vacunados de acuerdo con su edad.

b) Virus. Las vacunas vírales múltiples no se recomiendan en pacientes que reciben quimioterapia, un año después de terminado el tratamiento se pueden vacunar.

Polio. No se debe administrar en pacientes inmunodeprimidos.

Hepatitis "B". Los niños con cáncer tienen un alto riesgo de padecer la infección por este virus, debido a los procedimientos y tratamientos. Se recomienda el uso en niños previamente no vacunados en intervalos de uno a seis meses y que estén en tratamiento.

Influenza. La seguridad de la vacunación con el virus de la influenza inactivado en pacientes con cáncer está bien establecida, ofrece elevados títulos de anticuerpos protectores, deben administrarse dos dosis cada cuatro semanas y no es necesario interrumpir la quimioterapia.

Varicela. La vacuna de la varicela se recomienda para todos los pacientes con LLA, doce meses después de la remisión, la primera dosis confiere inmunidad, pero debe administrarse una segunda dosis tres meses después.

#### **4.4.4.5.2 Inmunización pasiva**

El uso de la inmunización pasiva está bien establecida para ciertos patógenos con la inclusión de sarampión, hepatitis “A” y “B” y varicela.

- a) Sarampión. Globulina hiperinmune si está expuesto, aunque esté previamente inmunizado.
- b) Hepatitis “B”. La inmunoglobulina previene eficazmente esta enfermedad en pacientes con una exposición a portadores.
- c) Hepatitis “A”. La inmunoglobulina evita la enfermedad provocada por este virus en individuos expuestos cuando se administra en los primeros 14 días de exposición.
- d) Varicela. La varicela es definida como una exposición hogareña o comunitaria cuando se está en relación con individuos contaminados con este virus, nuestros pacientes deben recibir la inmunoglobulina dentro de las primeras 96 horas.

Tuberculosis. Los niños expuestos que reciben tratamiento citotóxico se les debe realizar Mantoux y Rx de tórax. Aunque la mayoría son anérgicos esto no indica la falta de la enfermedad y se debe administrar Isoniacida profiláctica 12 meses.

Las familias de niños con cáncer deben ser vacunadas con excepción de la polio, así como todos los trabajadores de la salud que estén en contacto con estos pacientes.

#### **4.4.6 Tratamiento del Cáncer**

Los objetivos del tratamiento del cáncer son la curación de la enfermedad, aumento de la supervivencia, mejoría de la calidad de vida y alivio de los síntomas. Los avances en cirugía, radioterapia y oncología médica han permitido tratar estos pacientes de forma eficaz y con menor morbilidad que en épocas precedentes.

La administración de quimioterapia nos lleva a la aplicación de una droga o una combinación de drogas diseñadas sobre la base de su eficacia, el nivel de resistencia cruzada y las toxicidades límites de cada droga, por lo que se hace necesario el conocimiento de cómo podemos prevenir, modificar y tratar estos efectos.



#### **4.4.6.1 Seguimiento de los pacientes que reciben antracíclicos.**

##### A) Antecedentes

- a. Los antibióticos Antracíclicos tienen efecto cardiotóxico acumulativo a corto y largo plazo.
- b. La incidencia de cardiotoxicidad clínica puede ser antes de la dosis acumulativa de 450 mg / m<sup>2</sup> para la Doxorubicina y la Daunorrubicina y 125 mg / m<sup>2</sup> para la Idarrubicina.
- c. Algunos pacientes desarrollan toxicidad a pequeñas dosis.
- d. Las radiaciones mediastinales incrementan las lesiones anatómicas y la expresión clínica de toxicidad.
- e. La disfunción cardiovascular puede aparecer en diferentes meses después de la terapia con antracíclicos, por lo que recomienda el control cardiovascular después de terminado el uso de estos medicamentos por sus efectos a largo plazo.

##### B) Técnicas de control

- a) Cambios electrocardiográficos.
- b) Ecocardiografías seriadas.

#### **4.4.6.2 Toxicidad renal**

##### A) Citostáticos y efectos secundarios

- a) 5 – Azacitidine. Produce disfunción tubular proximal, con acidosis hipokaliémica e hipofosfatemia.
- b) Diazignone (AZQ). Pérdida de proteínas y disfunción tubular.
- c) Cormustine (BCNU) y el CCNU. Como todas las nitrosoureas causan una nefropatía crónica progresiva. La enfermedad tubular ocurre después de terminar el tratamiento y suele ser irreversible.
- d) Busulfan. Ha sido asociada con cistitis hemorrágica que se encuentra cuando se usa Ciclofosfamida.
- e) Carboplastino. La nefrotoxicidad aparece más tarde que con el uso de Cisplatino, raramente ha sido reportada hiponatremia que puede dañar los tubulis renales.
- f) Cisplatino. Daño proximal y distal de los tubulis, síndrome hemolítico urémico agudo y crónico; hipomagnesemia, hiponatremia e hipocalcemia debido al daño tubular. Daños tubulares exacerbados en pacientes con hiperuricemia, hipoalbuminemia, uso de Anfotericin B, radiaciones abdominales y tratamiento con aminoglicosidos.

- g) Ciclofosfamida. Cistitis hemorrágica. La radiación de la vejiga incrementa el riesgo de la cistitis, puede aparecer hiponatremia dilucional y oliguria 8 a 12 horas después del tratamiento moderado o intenso.
- h) Ifosfamida. Está asociada con una disfunción tubular proximal, dificultando la reabsorción de glucosa, aminoácidos, sodio y fosfato inorgánico.
- i) Metrotexate. Alta dosis de Metrotexate dañan los tubulillos y las estructuras colectoras en pacientes con acidez urinaria. La nefrotoxicidad aumenta cuando se usa junto con Cisplatino; la alcalinización de la orina disminuye el riesgo de daño renal.

#### B) Técnicas de control

- a) Conocimiento de las posibles complicaciones renales en los pacientes que reciben tratamientos citotóxicos.
- b) Conocer los medicamentos que alteran la perfusión renal, diuréticos, inhibidores de la acetilcolinesterasa, anti-inflamatorios no esteroideos, betabloqueadores y esteroides.
- c) Nivel de hidratación.
- d) Nivel de nutrición incluida la albúmina sérica.
- e) Infección urinaria.
- f) Otras patologías renales.

#### **4.4.6.3 Toxicidad hepática.**

El hígado tiene un papel central en el metabolismo y detoxificación de muchos agentes quimioterápicos y es un órgano diana para las drogas tóxicas. Es importante distinguir las lesiones por tóxicos de las producidas por la Hepatitis viral o las anomalías relacionadas con el tumor.

- a. L – Asparaginasa. Puede producir hígado graso.
- b. 6 – Mercaptopurina / 6 – Thioguanina. Pueden producir colestasis, que tiene un papel importante en la hepatitis viral, enfermedad de Gilbert o efectos tumorales.
- c. Metrotexate. Puede causar fibrosis y necrosis en particular en el paciente con daño previo.
- d. Cormustine (BCNU) y el CCNU. Pueden aumentar las enzimas hepáticas y ser importantes en la Hepatitis viral o sobre los efectos del tumor.

Drogas que dependen del metabolismo hepático:

Vincristina, Adriamicina, Metrotexate, Ciclofosfamida, Actinomycin D, CCNU, BCNU, 5-fluorouracilo, Citosina arabinósido, Dacarbazina, Procarbazina.

#### **4.4.6.4 Toxicidad pulmonar**

La complicación más significativa del pulmón viene dada por la Bleomicina que produce una fibrosis, menos frecuente es el daño pulmonar por Metrotexate, Busulfan y CCNV que se asocian a síndromes agudos pulmonares. Las lesiones producidas en el pulmón por el uso quimioterápicos y radiaciones pueden ser parcialmente reversibles.

#### **4.4.6.5 Toxicidad neurológica**

Los síntomas y signos pueden ser de difícil reconocimiento, pues pueden ser parte de la enfermedad, anormalidades metabólicas, fisiológicas o efecto de otros medicamentos. La neurotoxicidad puede ocurrir en el curso del primer tratamiento o por acumulación del medicamento en forma mediata o/ a largo plazo después de terminado el tratamiento.

Técnicas de control

Historia clínica correcta.

Examen físico de neurológico completo.

Evaluación acumulativa de las dosis de Vincristina y Cisplatino.

#### **4.4.7 Efectos colaterales de la terapia radiante en niños y su prevención**

Los efectos colaterales son inherentes a la terapia radiante; son tempranos cuando aparecen durante o inmediatamente después de su aplicación de forma aguda, intermedios cuando aparecen semanas o meses después de su aplicación (sub-agudos) y tardíos cuando se advierten en un tiempo mayor.

##### **4.4.7.1 Efectos tempranos**

- a) Nutrición. El soporte nutricional durante la terapia radiante es vital, pues previene la caquexia, los trastornos inmunológicos y permite una mejor reparación del daño tisular. Para esto debemos evitar la pérdida de peso que indica probablemente un balance nitrogenado negativo, conocer que las necesidades de calorías en este tratamiento son del 110% de las necesidades básicas, que la vía enteral es preferible a la parenteral; que si se pierde más del 10% del peso se debe usar alimentación con sonda nasogástrica y si no es tolerada recurrir a la nutrición parenteral.
- b) Toxicidad hematológica e inmunológica. La terapia radiante de cualquier parte del cuerpo puede disminuir el conteo de los elementos formes de la sangre, en particular

de las plaquetas y las células blancas, si el paciente ha recibido previamente quimioterapia aumenta el riesgo de daño medular.

- c) Las radiaciones inducen náuseas y vómitos, pero se dificulta su prevención, pues depende de las partes irradiadas, en el cráneo se debe a un edema cerebral, en el estómago se relaciona con irritación de la mucosa. Los mecanismos de producción son distintos y el tratamiento a seguir será diferente.

#### **4.4.7.2 Efectos tardíos**

##### A) Defectos del crecimiento

Endocrino por irradiación del hipotálamo y daño pituitario.

Efecto directo por radiaciones sobre huesos o partes blandas.

##### B) Fibrosis de articulaciones

Edema periférico por obstrucción linfática e insuficiencia venosa

Riesgo de aparición de un segundo tumor.

#### **4.4.7.3. Efectos de las radiaciones sobre la piel.**

Tempranas. Reacción severa de la piel, irritación, quemaduras que pueden ocurrir en cualquier sitio y es suficiente para interrumpir el tratamiento.

Tardíos. Incremento de la sensibilidad a los rayos solares.

#### **4.4.7.4 Efectos colaterales de las radiaciones en el cráneo**

Tempranos. Náuseas y vómitos debidos al edema cerebral.

Intermedios. Somnolencia que puede ocurrir varias semanas después del tratamiento, es debido a la pérdida transitoria de mielina y ocurre en pacientes con Leucemia Linfática Aguda (LLA), tratados profilácticamente con radiaciones y puede ocurrir a cualquier edad.

Cefaleas y náuseas de etiología desconocida pueden ocurrir hasta seis meses después del tratamiento.

Tardíos. Dificultad cognoscitiva depende de la edad, volumen del tratamiento y es variable de un paciente a otro.

#### **4.4.7.5. Efectos endocrinos**

Daño de la glándula pituitaria y el hipotálamo, con una deficiencia en la producción de hormona de crecimiento, las hormonas de la parte anterior de la hipófisis tienen más riesgo que las de la parte posterior, los efectos sobre las gonadotropinas son intermedios y los de la tirotropina son tardíos. Si el hipotálamo está dañado puede aparecer pubertad precoz.

#### **4.4.7.6. Efectos colaterales de las radiaciones de cabeza y cuello**

Tempranos. Mucositis, ulceraciones, candidiasis, sialoadenitis, pérdida del gusto, otitis externa por reacción de la piel, superinfección, pérdida de la audición y sensación de agua en los oídos.

Tardíos. Boca seca por afectación de las glándulas salivales, caries por modificación de la flora bacteriana de la boca, osteoradionecrosis, en los ojos cataratas, ojos secos por pérdida de la función lagrimal y retinitis.

#### **4.4.7.7. Efectos colaterales de las radiaciones en el tiroides**

Hipertiroidismo subclínico. Aparece del 30 al 40 % de los pacientes tratados con dosis moderadas o altas de radiaciones.

Oftalmopatía de Graves

Tirotoxicosis.

Hipotiroidismo.

Enfermedad nodular del Tiroides.

#### **4.4.7.8. Efectos colaterales de las radiaciones en el tórax**

Tempranos. Esofagitis, sensación de dificultad para deglutir, dolor retroesternal que puede ocurrir en las dos primeras semanas del tratamiento radiante.

Intermedios. Neumonitis que puede mantenerse hasta seis meses, tos, disnea, cambios radiográficos pulmonares, decrecimiento de la capacidad funcional respiratoria.

Tardíos. Complicaciones cardíacas, infarto del miocardio, pericarditis constrictiva, enfermedad valvular, fibrosis de la pulmonar e hipertensión maligna.

#### **4.4.7.9. Efectos colaterales de las radiaciones en el abdomen**

Tempranos. Náuseas y vómitos.

Tardíos. Toxicidad renal, hipertensión, fallo renal, toxicidad de los intestinos.

#### **4.4.7.10 Efectos colaterales de las radiaciones en la pelvis**

Tempranos. Enteritis, proctitis y cistitis.

Tardíos. Infertilidad, cistitis crónica y enteritis.

#### **4.4.8 Dolor en el niño con cáncer**

El dolor del niño con cáncer suele estar relacionado con la enfermedad o con su tratamiento, depende no sólo del origen concreto del daño físico, sino también de las interacciones complejas entre las vías nerviosas periféricas conductoras y no conductoras, y de la actividad inhibitoria de los sistemas centrales descendentes, a ello hay que añadir que los factores ambientales, de desarrollo, comportamentales, psicológicos, familiares y culturales repercuten profundamente en el dolor y sufrimiento.

Tipos principales de dolor en el cáncer infantil

##### Causado por la enfermedad.

- Afectación tumoral de los huesos.
- Afectación tumoral de los tejidos blandos.
- Afectación tumoral de las vísceras.
- Afectación tumoral del sistema nervioso central o periférico, incluido el dolor por compresión de la médula espinal.

##### Causado por el tratamiento anticanceroso.

- Dolor postoperatorio.
- Dermatitis por radiaciones.
- Gastritis por vómitos repetidos.
- Cefalea persistente tras punción lumbar.
- Alteraciones óseas inducidas por corticoides.
- Neuropatía de origen medicamentoso y dolor del miembro fantasma.
- Infección.
- Destrucción de las mucosas.
- Mucositis.

Causado por procedimientos.

- Venipuntura.
- Punción del dedo.
- Inyección.
- Punción lumbar.
- Aspiración y biopsia de medula ósea.

Incidental.

- Traumatismos.
- Dolor habitual en la infancia

FIGURA 2 ALIVIO DEL DOLOR EN EL CÁNCER INFANTIL

Evaluar al niño



Efectuar examen físico



Determinar causas primarias del dolor



Evaluar causas secundarias



Elaborar el plan de tratamiento con terapia anticancerosa cuando la halla

**Analgésicos y otros tratamientos**

Por peldaños	De apoyo
Por el reloj	Comportamental
Por la vía adecuada	Físico
Para cada niño	Cognitivo



Aplicar el plan

Evaluar el estado del niño con regularidad y revisar el plan si es necesario

TABLA 14. SIGNOS DE COMPORTAMIENTO TEMPRANO QUE INDICAN DOLOR EN LOS NIÑOS.

Signos de comportamiento	Duración del dolor	
	Breve	Persistente
Llanto	X	
Expresión facial afligida	X	
Trastornos motores (localizados en todo el		X
Desinterés por entorno		X
Capacidad de concentración disminuida		X
Trastorno del sueño		X

TABLA 15. MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS DE ALIVIO DEL DOLOR EN EL NIÑO

De apoyo	Cognitivos	Comportamentales	Físicos
Asistencia familiar	Distracción	Respiración profunda	Tacto
Información	Música	Visualización	Calor – frío
Empatía	Visualización		Estimulación neuroeléctrica transcutánea
Participación	Hipnosis		
Juego			

#### **4.4.9 Atención ambulatoria**

##### **4.4.9.1 Importancia del diagnóstico precoz de las enfermedades malignas en la infancia.**

Las enfermedades malignas en los niños difieren de aquellas en los adultos entre otras cosas porque no están relacionadas con factores de riesgo como el alcoholismo, hábito de fumar, etc., y aunque existen patologías vinculadas con algunas entidades el factor de riesgo más importante está relacionado con la edad del paciente, es decir todos los niños están en riesgo de desarrollar un cáncer, lo cual nos conduce a una conclusión fundamental: todo niño que consulte a su médico no importa el motivo, debe ser examinado minuciosamente buscando signos de alarma. La aparición de este concepto en el médico de atención primaria va a repercutir en la evolución y el pronóstico de estos pacientes ya que el diagnóstico en etapas tempranas de la enfermedad está directamente relacionados con los índices superiores de curación.



#### **4.4.9.2 Conducta ante el paciente pediátrico sospechoso de enfermedad maligna en la atención primaria.**

Una vez establecida la sospecha de enfermedad maligna, el paciente debe ser remitido de urgencia al Hospital Pediátrico más cercano, conducido por su médico de familia para ser evaluado en el servicio de oncología. Es de señalar que el establecimiento del diagnóstico definitivo se considera una urgencia médica y debe realizarse en un tiempo no mayor de 48 horas.

#### **4.4.9.3 Soporte psicológico del niño y sus familiares.**

El diagnóstico de estas enfermedades en un niño trastorna toda la vida familiar. Dado su estado de inmunocomprometimiento y el cumplimiento de los tratamientos, el niño no va a poder realizar sus actividades habituales (asistir a la escuela, lugares públicos, recibir visitas innecesarias), por otra parte los padres están especialmente afectados en su relación laboral con aplazamiento de planes y repercusión económica. El equipo de atención primaria prestará desde el inicio el soporte psicológico a estas familias, con la garantía sobre todo de la continuidad de estudios en el hogar.

Rehabilitación del paciente pediátrico con cáncer.

Debe estar dirigida a:

Rehabilitación psicológica: la privación brusca del ambiente habitual, asociado a la agresividad y duración del tratamiento va a incidir negativamente en el desarrollo normal del niño por lo que el apoyo psicológico es fundamental.

Rehabilitación escolar: aunque se afectará la asistencia a la escuela, se debe evitar y subsanar en lo posible el retraso escolar, mediante las vías que faciliten este objetivo.

Rehabilitación de las secuelas físicas: estas pueden ser reversibles como la caída del cabello, la delgadez o la impotencia funcional, pero otras serán permanentes como la amputación de miembros o la pérdida de algún órgano, para esto se necesitará de sesiones de rehabilitación física especializada, uso de prótesis, etc., que debe apoyar el equipo de atención primaria.

Rehabilitación de las secuelas familiares: el ambiente familiar puede modificarse en el curso del tratamiento con secuelas psicológicas en padres, hermanos, divorcios, problemas económicos que inciden negativamente en el niño y merecen atención especial.

#### **4.4.9.4 Tratamiento Oncoespecífico en la Atención Ambulatoria**

Objetivos:

Ofrecer al niño con cáncer la oportunidad de estar entre sus familiares con la seguridad de atención continua por el equipo de salud en el área.

Evitar el riesgo de contaminación con gérmenes hospitalarios y reducir considerablemente los costos.

Mejorar la respuesta psicológica del niño, así como su rehabilitación en general.

Criterios para elegir los pacientes que recibirán este tipo de atención.

Características del paciente, la familia y el hogar.

Accesibilidad al servicio de Oncohematología donde recibirá el tratamiento específico.

Entrenamiento de los equipos básicos de trabajo que atienden estos pacientes en el manejo de los signos de alarma y complicaciones del tratamiento oncoespecífico.

#### **4.4.10 Cuidados paliativos del niño con cáncer en estadio terminal por parte del Equipo Básico de Salud.**

Aunque cada día se cura un grupo mayor de niños con cáncer, un por ciento de ellos avanza hacia estadios terminales y requieren cuidados hasta el momento de su muerte. Es importante recordar que el médico no solamente está preparado para prevenir y curar si no también para aliviar cuando la cura es imposible.

Los cuidados paliativos se definen como aquellos destinados a aliviar el sufrimiento cuando curar es imposible. La meta será entonces mejorar la calidad de vida durante las etapas previas a la muerte.

El niño con cáncer puede fallecer por una complicación de su enfermedad en medio de un cuadro agudo en el hospital, pero en ocasiones cuando han fallado los tratamientos oncoespecíficos y el niño está en condiciones físicas aceptables su muerte puede retrasarse incluso varias semanas, esta etapa debe pasarla en su hogar rodeado del ambiente familiar, aunque el evento final ocurra en el hospital.

##### **Objetivos básicos de los cuidados paliativos**

Incremento al máximo del potencial de cada paciente en forma individual y dentro del grupo familiar.

Estímulo de la mejoría de las relaciones del paciente.

Control del dolor y síntomas que acompañan a la enfermedad.

Soporte familiar.

### Áreas de trabajo en los cuidados paliativos en la atención primaria.

Cuidado total: consideración del paciente como una personalidad integral física, emocional, intelectual y espiritual. El cuidado debe ofrecerse sobre la base de las necesidades del paciente.

Control de los síntomas: lograr alivio físico de los síntomas crónicamente productores de malestar mediante un conjunto de habilidades médicas y de enfermería. El concepto de control de síntomas incluye el de prevención de síntomas (ver sistemas de actuación).

Control del dolor es un síntoma temido cuyo control se lleva a cabo mediante un abordaje integral.

Apoyo de la familia: la familia de un paciente en estadio terminal vive una situación de duelo anticipado, por eso la misma requiere ser activamente apoyada y asistida en el duelo previo a la muerte del niño.

Estrés y apoyo del equipo: el equipo debe generar mecanismos de auto apoyo para enfrentar el dolor de la muerte y trabajar en un área innovadora y diferente que debe incluirse cada día más como práctica habitual de estos profesionales.

### Necesidades del niño en estado terminal.

Conocer qué sucede: estos niños se percatan del peligro de su estado y en el caso de los mayorcitos genera angustia y confusión que debemos eliminar con explicaciones claras de su estado.

Afecto y seguridad: el afecto y el equilibrio familiar son esenciales en esta etapa para el control de los síntomas.

Control: es importante exigirle al niño el uso de sus capacidades que aún conserva para garantizar el control de su propio organismo.

Privacidad: velar por la dignidad de los pacientes, sus propios artículos de uso personal serán vitales para el estado emocional.

Diversiones: vital para liberar energías, mejorar la comunicación y controlar la situación favoreciendo la exposición de sus puntos de vista.

Autoestima: necesidad de sentirse él, de ser tenido en cuenta y hasta cumplir deberes.

### Ayuda a la familia del niño para iniciar el proceso del duelo.

Ofrecer información clara y honesta en el momento adecuado de acuerdo con las necesidades del niño y sus padres.

Ser puente de comunicación entre el niño y sus padres.

Tener siempre presente las necesidades del niño y su familia hoy, porque mañana quizás sea muy tarde.

Promover las manifestaciones de temores, angustias, remordimientos, frustraciones y fantasías de ideas frente a la muerte.

Estar consciente de ofrecer más calidad de vida que cantidad de vida.

Favorecer la despedida: cuando la muerte se produce en el hospital se debe brindar apoyo a los deseos últimos de los padres para con sus hijos.

#### **4.5 Programa Nacional de Atención al Dolor y Cuidados Paliativos al Paciente Oncológico.**

##### Justificación:

De los 5 millones de personas que mueren de cáncer anualmente en el mundo 3.5 millones de pacientes sufren dolor sin recibir un tratamiento satisfactorio. Nuestro país no podía estar ajeno a las corrientes internacionales por lograr que el paciente terminal de cáncer llegue a la muerte con dignidad y sin dolor. Las tareas básicas del tratamiento paliativo están muy ligadas al logro de una mayor calidad de vida y al máximo bienestar subjetivo posible.

La OMS define la paliación como “El cuidado activo y continuo de los pacientes en lo que la enfermedad no halla respondido a los tratamientos administrado con intención curativa”. La meta será el conseguir la mejor calidad de vida para pacientes y familiares. Hacia el final de la vida las necesidades se intensifican (dolor, disnea, estreñimiento, etc) y se ensanchan (problemas sicoemocionales, espirituales, sociales, familiares, laborales, religiosos).

Nuestro país dispone de un Sistema Nacional de Salud con un modelo desarrollado de atención primaria que constituye una infraestructura fértil para el desarrollo de los programas paliativos a pacientes oncológicos a escala nacional, en la comunidad y durante el internamiento en los hospitales. Estos cuidados paliativos existen para proporcionar bienestar o confort y soporte a los pacientes y sus familiares en las etapas finales de una enfermedad terminal.

Los cuidados paliativos procuran conseguir que los pacientes dispongan de las vías para liberarse del dolor y de tener los síntomas bajo control, de tal modo que los últimos días puedan transcurrir con dignidad, en su casa o un lugar lo más parecido posible rodeado de la gente que lo quiere.

Los cuidados paliativos ni aceleran ni detienen el proceso de la muerte. No prolongan la vida ni tampoco aceleran la muerte. Solamente intentan estar presentes y aportar los conocimientos especializados de los cuidados médicos y psicológicos con el soporte

emocional y espiritual durante la fase terminal, en un entorno que incluye el hogar, la familia y los amigos.

En el Programa médica de Atención Integral al aFamilia se establece las acciones a brindar de cuidados paliativos en la fase terminal de los pacientes.

Objetivo general:

Aumentar el bienestar subjetivo y la calidad de vida en el paciente oncológico paliativo y sus familiares mediante una atención integral que considere los aspectos físicos sociales, emocionales y espirituales sin afectaciones para el equipo de salud.

Objetivos específicos:

Reducir la prevalencia o intensidad del dolor y de otros síntomas y conflictos en el paciente oncológico paliativo.

Realizar capacitación sobre cuidados de sostén al paciente oncológico paliativo en el marco de los equipos multidisciplinarios que posibiliten.

Control de síntomas

Apoyo emocional

Lograr la preservación de la dignidad y la autonomía del paciente

Fomentar la prestación de cuidados paliativos con calidad y sin afectaciones físicas y emocionales de los integrantes del equipo de salud.

Promover la capacitación de los familiares de estos pacientes en los cuidados de sostén necesarios para brindarle una atención adecuada a los mismos.

Este programa se desarrollará paulatinamente por etapas en todo el país hasta alcanzar cobertura nacional. Será aplicado en los consultorios a nivel de la comunidad y en las instituciones de nivel secundario y terciario de atención especializada al paciente oncológico.

Universo de trabajo:

Enfermos terminales, con proceso avanzado en que la enfermedad progresa rápidamente hacia el fallecimiento, con afectación global que lo incapacita severamente con limitación de las actividades en más del 70% según el índice de Karnofsky. Estimado de vida menor de 3 meses.

Enfermos que requieren cuidados paliativos, no recuperable o controlable por lo avanzado de su proceso que padecen dolor o otros síntomas asociados a su enfermedad, con afectaciones considerables de sus actividades y funcionamiento psicológico, un índice de Karnofsky de 50-70% y estimado de vida de más de 3 meses.

Acciones fundamentales a desarrollar:

Fomentar una política nacional en relación al control del dolor y cuidados paliativos al paciente oncológico

Garantizar y mantener la disponibilidad de estupefacientes par el control del dolor

Organizar los equipos multidisciplinarios para el trabajo (Equipo Básico de Salud, psicólogo y trabajadora social)

Capacitar al personal de los equipos formados

Evaluar e introducir procedimientos de intervención.

Entrenar a los miembros de los equipos en los procedimientos para la prevención y manejo del estrés laboral-asistencial (síndrome de Burnout)

Fomentar educación para la salud en la comunidad dirigida a el paciente y sus familiares con énfasis en los aspectos sico-sociales

Realizar investigaciones que permitan conocer la prevalencia y caracterización del dolor y otros síntomas así como el nivel de conocimiento del personal de salud.

Evaluar y divulgar la información del trabajo realizado para el perfeccionamiento continuo del programa.

#### Procedimientos.

El programa se implementará a dos niveles de la atención médica: en la comunidad (atención primaria) de manera fundamental y para los ingresos transitorios en las unidades de atención secundaria y terciaria. El lugar para su tratamiento será el propio hogar del paciente, aquí se ejecutarán los procedimientos necesarios para garantizar un máximo alivio de los síntomas, suministrar confort y apoyo emocional.

El equipo de atención primaria estará conformado básicamente por Equipo Básico de Salud del consultorio y el sicólogo que atiende dicho equipo y además contará con el apoyo de las trabajadoras sociales de la unidad de salud a que pertenezcan. Consultará con el equipo de atención secundaria para intercambiar sobre los tratamientos, ingresos temporales hospitalarios o con la consulta especializada de la clínica del dolor.

El Equipo Básico de Salud que atiende el consultorio visitarán al paciente en la medida que el tratamiento lo imponga, deberán evolucionar el estado del paciente al menos una vez por semana o cuando lo requiera las necesidades del paciente. La enfermera deberá hacerlo diariamente y tantas veces cuantas sea necesario en función del tipo de tratamiento y los procedimientos de intervención que se utilicen.

#### Funciones del Equipo Básico de Salud:

Visitar sistemáticamente a sus enfermos y familiares estableciendo con ellos una relación cálida de seguridad y confianza.

Evaluar y controlar la intensidad de los síntomas

Proporcionar apoyo emocional al paciente y familiares

Explicar al paciente y familiares la importancia del tratamiento estricto del tratamiento, con especificidad en la medicación analgésica en cuanto a dosis y vía.

Participar en la preparación psicológica y apoyo emocional, participando especialmente en la preparación para el duelo y la asistencia al moribundo

Contribuir a la satisfacción de las necesidades fisiológicas, psicológicas y espirituales del paciente y mantener los cuidados especiales con los pacientes encamados para evitar complicaciones

#### Funciones del psicólogo de la atención primaria en el equipo:

Efectuar el monitoreo de los factores psico-sociales implicados en el dolor y otros síntomas asociados al paciente paliativo

Aplicará procedimientos de intervención psicológica al paciente y sus familiares

Prestará especial atención a las necesidades emocionales de la familia y las dificultades de los cuidadores primarios

Orientará la preparación psicológica específica para la asistencia al moribundo y el duelo de los familiares del paciente y en los propios miembros del equipo de cuidados paliativos.

## **4.6 Control de Síntomas**

### **Principios generales:**

Evaluar antes de tratar: evitar atribuir los síntomas sólo al hecho de tener el cáncer. Además evaluar intensidad impacto físico y emocional y factores que provoquen o aumenten cada síntoma.

Explicar las causas de los síntomas en términos que el paciente pueda comprender, las medidas terapéuticas a aplicar.

La estrategia terapéutica a aplicar siempre será mixta; general de enfermo terminal y específica de cada síntoma, con medidas farmacológicas y no farmacológicas.

El tratamiento será individualizado

Monitorización de los síntomas mediante el uso de instrumentos de medidas estandarizados. Atención a los detalles para optimizar el grado de control de los síntomas y minimizar los efectos secundarios de las medidas terapéuticas.

Dar instrucciones correctas y completas sobre el tratamiento

Para síntomas constantes es necesario tratamiento preventivo

Revisar, dosis, efecto secundario, desarrollo de la enfermedad

### **4.6.1 Dolor.**

La mitad de los pacientes oncológicos padecen de dolor en cualquier etapa de la enfermedad y está presente en las  $\frac{3}{4}$  partes de los enfermos terminales, con excesiva frecuencia, el dolor del cáncer no es tratado adecuadamente; entre un 50 al 80 % de los pacientes con cáncer no obtienen un satisfactorio alivio de su dolor.

Las causas más frecuentes que conducen a esta situación son:

Falta de formación en los profesionales de la salud.

Ausencia de servicios de cuidados paliativos.

Problemas legales y dificultades burocráticos para obtener analgésicos potentes.

El dolor oncológico es un dolor crónico y nociceptivo, con más frecuencia somática, cada paciente tendrá un dolor concreto, específico y personalizado en función del tipo de tumor, de su extensión, del tratamiento recibido, de la localización del dolor, del tipo de dolor, de las causas del dolor y del umbral para el dolor que tenga cada paciente.



No limitar los tratamientos al uso de fármacos. Por ser el síntoma más agresivo, mutilante, traumatizante y frecuente comenzaremos por analizar el dolor en el paciente canceroso terminal.

Definición de dolor por La Asociación Internacional para Estudio del Dolor:

*“Es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión física presente o potencial o descrita en término de la misma”*

Es decir que el dolor es un acontecimiento fisiológico, emocional, cognitivo y social.

La Organización Mundial de la Salud a propuesto un sencillo esquema para el alivio del dolor en el cáncer. Es decir la escalera analgésica, con el uso de analgésicos de distintas potencias en cada peldaño y pensamos se le debe añadir a la escalera una baranda o pasamano en el cual debemos apoyarnos y que comprende el soporte emocional, la comunicación y la atención a la familia.

Factores que aumentan el umbral del dolor:

- Sueño
- Reposo
- Simpatía
- Comprensión
- Solidaridad
- Actividades de diversión
- Reducción de la ansiedad
- Elevación del estado de ánimo

Esto significa que potenciando estos factores, el dolor va a disminuir.

Factores que disminuyen el umbral del dolor:

- Incomodidad
- Cansancio
- Miedo
- Rabia
- Aburrimiento
- Aislamiento
- Insomnio
- Ansiedad
- Tristeza
- Depresión
- Introversión
- Abandono social

Quiere decir que un enfermo que se encuentre en algunas de estas circunstancias va experimentar más dolor.

Momentos emocionales especiales son: la noche, el alta y el ingreso, la soledad y los fines de semana

A veces es necesario ingresar al enfermo para controlar su dolor. Sus indicaciones son:

Cuando el dolor no se puede controlar ambulatoriamente y hace falta otros procedimientos

Cuando el paciente necesita un cambio de ambiente

Cuando la familia no es capaz de suministrar la medicación indicada por lo complejo del régimen terapéutico

En el dolor extenuante con alteraciones psicológicas y pérdida de fe en sus cuidadores

A veces para extraer un fecaloma

Para descansar la familia cuando se encuentra agotada por los cuidados del enfermo.

#### Principios generales del uso de los analgésicos:

Cuando el enfermo dice que le duele, es que le duele. Es verdad y es necesario atender su demanda

La potencia del analgésico lo determinará la intensidad del dolor y nunca la supervivencia prevista.

Por ignorancia en el manejo de los analgésicos y lleva a la falsa creencia de que a la larga no serán efectivos, muchos pacientes han padecido fuertes dolores en cualquier fase de la enfermedad.

Siempre que sea posible debemos usar la vía oral. Es eficaz y tiene múltiples ventajas, cuando no es practicable disponemos de la vía subcutánea.

El control del dolor es multimodal. El tratamiento con el analgésico se acompaña de medidas de soporte.

A veces es preciso valorar el alivio obtenido y los efectos colaterales. En una balanza valorar el efecto analgésico y los efectos secundarios aceptables y controlables.

Generalmente son necesarios fármacos adyuvantes. Con frecuencia es necesario añadir a la administración de analgésicos otros medicamentos: ansiolíticos, antidepresivos, inductores del sueño, etc.

Los fármacos sicotropos no deben usarse por rutina. Esperar que los enfermos tengan controlados los síntomas físicos para valorar el uso de estos medicamentos si persisten síntomas psíquicos.

No todos los dolores son aliviados por los analgésicos. Recordar el uso de medicación coadyuvante

Los analgésicos hay que suministrarlos a horas fijas. Se uso debe ser en forma regular para evitar aparezca el dolor

Jamás usar un placebo. Puede generar mayores riesgos que beneficios y pueden afectar en forma grave la relación médico paciente

No utilizar habitualmente medicamentos compuestos. Preparados comerciales con dos o tres analgésicos distintos y con dosis bajas. Bien en dolores banales y donde desconocemos el tipo de dolor. Debemos verificar el analgésico específico que necesita el paciente

El uso de los analgésicos debe ser simple. Es mejor conocer y manejar un arsenal analgésico esencial que muchos de forma superficial.

La dosis se regulará individualmente. Recordar que el dolor en el canceroso de debe a múltiples causas según la percepción de cada paciente.

El insomnio debe tratarse de forma enérgica. La noche produce pánico y una noche sin dormir suele ser mala compañía para este tipo de enfermo

Se puede y con frecuencia se debe mezclar analgésicos periféricos (aspirina )con analgésicos centrales (opioides). Actúan por mecanismos diferentes y potencian sus efectos analgésicos

No se deben sin embargo, mezclar dos analgésicos opioides. Algunos son compatibles entre sí pero es absurdo utilizarlos juntos y en otras ocasiones son incompatibles.

TABLA 16. TIPO DE DOLOR RELACIONADOS CON CÁNCER

	Nociceptivo		Neuropático
	Somático	Visceral	
Características del dolor	Constante, bien localizado, que roe o que muerde, hondo, profundo, corroe.	Constante poco localizado, profundo referidos a puntos cutáneos distantes calambre, retortijos, opresión.	Sobre un fondo de sensaciones quemantes, dolor pulsante, paroxístico o como descargas eléctricas, hormigueo, adormecimientos, Alodinia, hiperalgesia.
Mecanismo propuesto	Activación de nociceptores	Activación de nociceptores	Descargas espontáneas y paroxísticas en el sistema nervioso periférico y el sistema nervioso central.
Ejemplos	Metástasis óseas Dolor músculo esquelético	Cáncer de páncreas Metástasis hepática con dolor referido al hombro	Metástasis en plexo branquial y lumbo-sacro Neuropatía post-herpética
Tratamiento	Analgésicos Bloqueos analgésicos Cordotomía Tratamiento del tumor	Analgésicos Bloqueos analgésicos y/o neurolíticos Cordotomía Tratamiento del tumor	Analgésicos, especialmente adyuvantes (Amitriptilina) Bloqueos analgésicos no neurolíticos

Evaluación del dolor en el Cáncer:

El 78% de los dolores son provocados por el cáncer:

Invasión de huesos

Afectación de nervios

Obstrucción de viseras huecas o crecimiento en viseras sólidas

Obstrucción o infiltración de venas y arterias

El 19% de los dolores, están provocados por los tratamientos anticáncer:

Secundarios a la cirugía

Secundarios a la quimioterapia

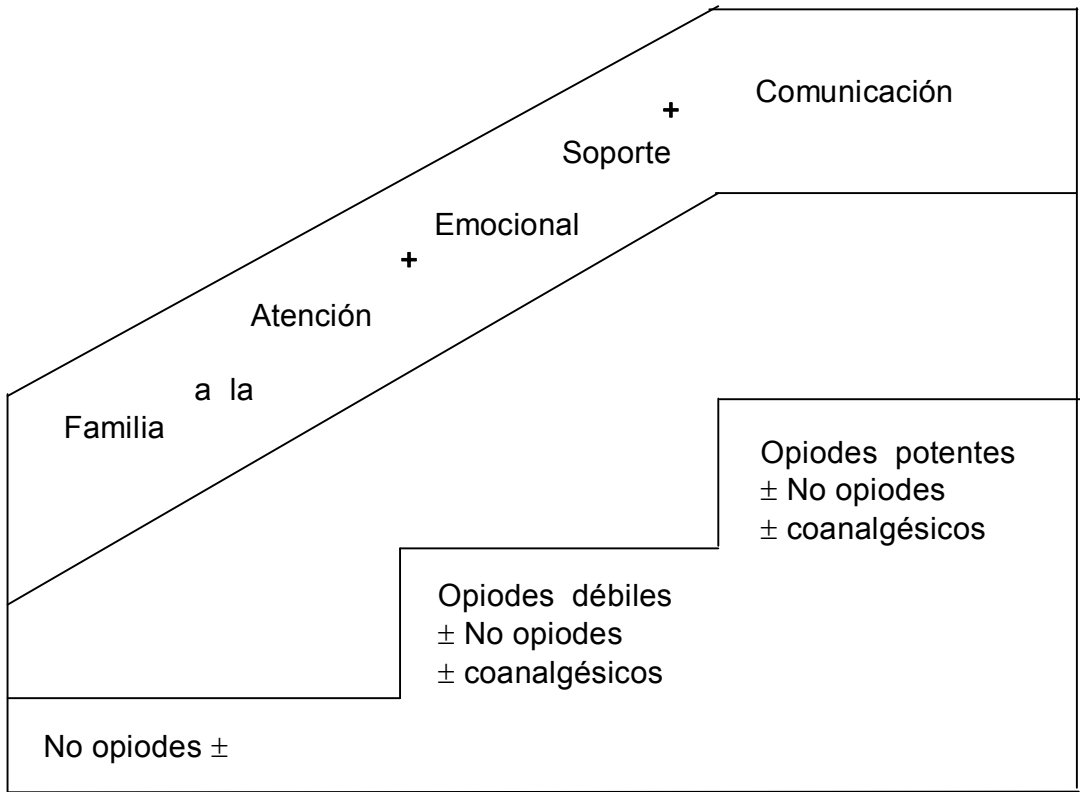
Secundarios a la radio terapia

El 3% de los dolores no están relacionados con el cáncer y los tratamientos:

Artrosis, migraña, etc.

Consideraciones especial en el tratamiento del dolor por cáncer deben tenerse con los ancianos pues constituye un grupo de alto riesgo de padecer insuficiente tratamiento para el alivio del dolor por cáncer, por causas de criterios inadecuados sobre su sensibilidad y tolerancia al dolor, así como los temores al uso de opioides. Aunque es cierto es más vulnerable a la acumulación de fármacos en ellos; los pacientes ancianos como otros adultos requieren una agresiva evaluación y manejo del dolor.

FIGURA 3. TRATAMIENTO DEL DOLOR.  
Escalera analgésica de la OMS



Primer escalón: Analgésicos periféricos no opioides.

Aspirina

Paracetamol

Metamizol (Dipirona)

AINES (anti-inflamatorios no esteroideos)

Segundo escalón: Analgésicos opioides débiles.

Codeína

Dihidrocodeína

Tramadol

Tercer escalón: Analgésicos opioides potentes.

Morfina

La escalera analgésica define una potencia progresivamente mayor.

Primero se prescriben los analgésicos del primer escalón; si el dolor persiste o empeora, a pesar del aumento apropiado de dosis, se pasará a los del segundo escalón combinados con los del primer escalón más algún coadyuvante si es necesario, si no mejora el paciente, se pasará a los opioides potentes combinados con los del primer escalón más algún coadyuvante si es necesario.

Se debe evitar el uso simultáneo de dos medicamentos del mismo escalón. Tampoco se recomienda la combinación de fármacos del 2do y 3er escalón. En el segundo y tercer escalón se puede añadir los analgésicos del 1er escalón ya que actúan por mecanismos diferentes.

#### Mitos de la Morfina

Existe una serie de prejuicios acerca de los analgésicos opioides, de forma que no se utilizan o se utilizan de forma inadecuada e insuficiente.

Por lo tanto en síntesis planteamos:

1. Se hará un drogadicto. Por estudios internacionales responsables y serios; con la opinión del Comité de expertos de Drogadependencia de la Organización Mundial de la Salud se ha concluido que el consumo de morfina en enfermos de cáncer no supone un problema de drogadicción. Debemos reflexionar sobre el peligro de que se hagan drogadicto o no un enfermo que tiene unas expectativas de vida tan limitadas, esa es la pregunta que debemos hacernos
2. La morfina por vía oral es inefectiva. Lo que sucede es que la vía oral requiere duplicar, incluso triplicar su dosis por mala absorción. Como vía alternativa de elección usamos la vía subcutánea.
3. El paciente usará la morfina para suicidarse. Los pacientes cancerosos no se suicidan más que la población general. Es probable que se suicide si no se le administre la morfina y mantenga un fuerte dolor.
4. Si tiene la morfina en casa, se la robarán. No está entre los productos más usados por los drogadictos
5. Si a un paciente de cáncer le han prescrito morfina, quiere decir que está muriéndose. Con razón a muchos paciente el dolor le hace la vida imposible hasta sus últimos

momentos, teniendo la posibilidad desde mucho tiempo antes de haber vivido sin dolor.

6. Es una especie de muerte que vive. En realidad son aquellos enfermos a quienes no se le ha suministrado los analgésicos adecuados. El uso correcto de la morfina le permite vivir una vida normal sin sufrir dolor intenso.
7. La morfina provoca euforia. Claro sin dolor el paciente se siente optimista y con bienestar.
8. La tolerancia se desarrolla rápidamente y al final ya no será efectiva. La morfina se debe de comenzar a usar en el preciso momento que sea necesario. Es verdad la tolerancia por lo cual habrá que ir aumentando la dosis paulatinamente. La morfina no tiene techo(dosis máxima a partir de la cual el medicamento ya no es más efectivo) pudiendo aumentar la dosis indefinidamente.
9. La morfina provoca depresión respiratoria. No es frecuente en las vías en que la usamos (oral o subcutánea). El dolor, recuérdese, actúa como antagonista fisiológico de los efectos depresores centrales de la morfina. Mientras un enfermo tenga dolor, nunca dejará de respirar mientras se va cuidadosamente titulando la dosificación de morfina. Es importante que para suprimir su uso, debemos de disminuir la dosis del analgésico paulatinamente, no puede ser de forma brusca

Por todo lo informado se deduce que la morfina a las dosis adecuadas con los intervalos precisos, en los enfermos en que está indicada y bajo control médico no es peligrosa.

TABLA 17. ANALGÉSICOS MÁS USADOS EN ADULTOS EN NUESTRO PAÍS

Primer escalón: Analgésicos periféricos no opioides

Producto	Forma de presentación	Dosis	Efecto	Vida media	Dosis máxima	Observaciones
Acido Acetil Salicílico (Aspirina) (Finalgina)	Tabletas 125 mg 500 mg	325 – 650 mg c/ 4 horas	Analgésico Anti- inflamatorio Antipirético Anti-agregante plaquetario	3-6 horas	4 grs / día	Dolor leve a moderado Mayores de 14 años
Paracetamol (Acetoaminofen) (Tylenol) (Antidol)	Tableta 500mg Sol. Oral 120mg/5ml	0.5 a 1 gr c/ 4 a 6 horas	Analgésico Antipirético	3 – 4 horas	4 grs / día	Dolor leve a moderado Mayores de 12 años Indicado en pacientes alérgicos a la aspirina
Metamizol (Dipirona) (Analgín) (Duralgina)	Tabletas 300 mg ampolletas 600 mg / 2 ml Supositorios infantil 300mg	500 mg-575 mg c/ 6-12 horas. 0.5-1gr/dosis 1 gr c/ 6-12 horas	Analgésico Antipirético Anti- inflamatorio	10 horas	8 g / día	Dolor leve a moderado Contraindicado en pacientes con úlcus gástricos, insuficiencia hepática, discrasias sanguíneas.
Ibuprofeno (Motrin) (Adril)	Tabletas 400 mg	200 mg/ 4.6 horas hasta 400 mg / 6-8 horas	Analgésico Antipirético Anti- inflamatorio	2 horas	1.6 gr / día	Dolor moderado
Naproxeno (Supradol)	Tabletas 250 mg	Inicio 500mg C/ 6-8 horas después 250 mg	Anti-inflamatorio Analgésico		1.25 gr / día	Dolor leve a moderado cuidado en pacientes con úlcera gastroduodenal
Indometacina (Indocin)	Tabletas 25 mg	Inicio 25 mg c/ 8-12 horas. Dspués 50-200mg al día 2n 2-4 tomas	Anti- inflamatorio Analgésico Antipirético	4 -5 horas	200 mg /diario	Dolor leve a moderado. Dolor no extremo. Tomar con alimentos o antiácidos No administrar a pacientes con úlcera gastroduodenal



Producto	Forma de presentación	Dosis	Efecto	Vida media	Dosis máxima	Observaciones
Piroxican (Osteral) (Piroxan)	Tableta 10 mg Supositorios 20 mg	Vía oral o rectal 20 mg/24horas	Analgésico Anti-inflamatorio Antipirético	50 horas	40 mg/ diaria dividida c/12 horas	Dolor leve a moderado. No se recomienda en niños. Con alimentos retrasa su absorción.
Espasmoforte (Avafortán)	Ampulas 5 ml	Intramuscular o Intravenosa	Espasmolítico Analgésico Anti-inflamatorio		4 ampula por ambas vías al día como máximo	No usar en niños menores de 15 años tratamiento de dolores espásticos y colicos. Preferente vía intravenosa (3 minutos) en decubito con solución isotermica. Intramuscular profunda.

#### Segundo escalón, Analgésico opiodes débiles

Producto	Forma de presentación	Dosis	Efecto	Vida media	Dosis máxima	Observaciones
Tramadol	Frasco 50 mg/10 ml	50-100 mg c/6-8 horas	Analgésico	6 horas	400 mg / diario	Dolor moderado a severo.
Codeina (cosedal)	Frasco 20 mg / 1ml tabletas 30 mg	Analgésico / 15 –30 mg c/ 6-8 horas antitusivo 10 –20 mg c/6-8 horas	Analgésico Antitusivo	2.5 a 3 horas	120 mg / diario	Dolor ligero a moderado alivio de tos seca. Inicio de la 15-30 minutos duración de la acción 4 -6 horas
Dextropropoxifeno	Grajeas 65 mg	65 mg / cada 4 horas	Analgésico		310 mg/ diario (6 grageas)	Dolor leve a moderado
Amicodex	Tabletas	1 tab/ cada 8 horas, cada 6 horas o cada 4 horas por 1 semana	Analgésico			Dolor moderado. Dolores severo no viscerales. En enfermedades no encoplasticas no usar más de 3 semanas

#### Tercer escalón Ana´gésicos opiodes potentes

Morfina	Ampulas 10 mg 20 mg	5-20 mg c/4 horas vía subcutanea	Analgésico	2-2.5 horas	No tiene techo	Dolor intenso y severo Inicio acción 10-30 min . Duración de la acción 3-5 horas
---------	------------------------	-------------------------------------	------------	-------------	----------------	----------------------------------------------------------------------------------

TABLA 18. ANALGÉSICOS COADYUVANTES

*Antidepresivos*

Producto	Forma de presentación	Dosis	ACCIÓN	Dosis máxima	Observaciones
Amitriptilina (Tryptanol)	Tableta 25 mg	Viejos débiles y ambulatorios 25mg noche primera semana 50mg noche segunda semana 75 mg noche 3 –4 semanas 100 mg noche 5 – 6 semanas 150 mg noche 7 – 8 semanas Jóvenes y ancianos internados 25mg noche un día 50mg noche 2 – 4 días 75 mg noche 5 – 21 días 100 mg noche 3 – 4 semanas 150 mg noche 5 – 6 semanas	Analgésico Antidepresivo		Dolor neuropático

*Anticonvulsivante*

Producto	Forma de presentación	Dosis	ACCIÓN	Dosis máxima	Observaciones
Carbamacepina (Tegretol)	Tabletas 200mg	Inicio 200 mg cada 12 horas. Incrementos semanales 200 mg hasta respuesta mantenimiento 800 – 1200 mg diario	Anti-convulsivante Analgésico		Dolor neuropático No suspender el tratamiento bruscamente.

## Corticoides

Producto	Forma de presentación	Dosis	ACCIÓN	Dosis máxima	Observaciones
Dexametasona	Tabletas 0.75 mg Bulbo 4 mg/ml	Oral inicial 0.5-10 mg/ día IV o IM 0.5 – 20 mg/ día	Anti-inflamatorio		Edema cerebral. Dosis inicial 1.0 mg IV seguida de 4 mg IM c/ 6 horas, disminuyendo de 5 a 7 días.
Betametazona	Ampulas 4 mg/ml.	Adulto IV 4-20 mg al día respect. 3-4 veces al día	Anti – inflamatorio.		Edema cerebral. Dosis inicial 1-2 ampulas de 4 mg
Prednisona	Tableta 5 mg	5-2.5 mg diario	Anti-inflamatorio		Después de las comidas y antes de acostarse. Equivalencia Dexametaszona 1 tab 0.75 mg. Metilprednisolina 1 tab 4mg Prednisona 1 tab 5mg Hidrocortisona 1 tab 20 mg. Cortisona 1 tab 25 mg.

## Antipsicótica (Fenotiacinas)

Producto	Forma de presentación	Dosis	ACCIÓN	Dosis máxima	Observaciones
Clorpromacina	Jarabe 10 ml 5 ml. Tabletas 25 y 100mg. Ampulas 50 g/2ml	75 150 mg diarios en 3 tomas máximo 1 gr diario	Dolor Antiemético Hipo Sedante nocturno		Empezar con dosis bajas y nocturnas Usar la vía parenteral como antiemético.

## Sedantes y ansiolíticos (Benzodiazepina)

Producto	Forma de presentación	Dosis	ACCIÓN	Dosis máxima	Observaciones
Diazepam	Tabletas 5 mg ampulas 100 mg/2ml	Curso cortos (no mayor de 4 semana) 2-10 mg 2 veces al día. Dosis máxima 30 mg/día 5-15 mg al acostarse	Ansiedad, insomnio, anti-espasmódico		Los antihipertensivos potenciales los efecto hipotensores del Diazepam.

TABLA 19. ANALGESICOS MÁS USADOS EN NIÑOS EN NUESTRO PAIS.

*Primer escalón.*

Producto	Presentación	Dosis	Acción	Observaciones
Paracetamol (Acetoaminofen) (Tylenol) (Antidol)	Tabletas 500 mg Sol/oral 120 mg/ 5ml	10-15/kg de peso vía oral c/ 4-6 horas sin exceder 5 tomas en 24 horas	Analgésico Antipirético	Bien tolerado por lactantes y recién nacidos. No se aconseja usar por más de 5 días consecutivos
Ibuprofeno (Motrin) (Adril)	Tabletas 400 mg	Mayores 12 años vía oral 200 mg c/4-6 horas si es necesario aumentar a 400 mg c/ 6 aa 8 horas máximo 1-6 g/día	Analgésico Antipirético Anti - inflamatorio	Tomarlo con alimentos niños: 6 meses a 12 años. Vía oral 5-10 mg/kg c/ 6-8 horas hasta máximo de 20 mg/kg al día
Naproxeno (Supradol)	Tabletas 250 mg	Inicio 10 mg/kg vía oral seguido de 2.5 – 5 mg/kg c/8 horas. Máximo 15 mg/kg/día	Analgésico Antipirético Anti - inflamatorio	Tomarlo con alimentos
Metamizol (Dipirona)	Tabletas 300 mg. Ampoletas 600 mg/2ml Supositorios infantil 300 mg	Niños mayores 12 años 500-575 mgc/ 6-12 horas	Analgésico Antipirético. Alguna acción Anti – inflamatorio, anti-espasmodica	Niños 1-3 años 250 mg c/ 6-8 horas y 4-11 años 300-500 mg /c/ 6 horas.

*Segundo escalón*

Producto	Presentación	Dosis	Acción	Observaciones
Fosfato Codeína (cosedal)	20 mg/1ml (20 gotas) tableta 30 mg	Analgésico. Niños mayores de 2 años V.oral 200 mg (0.5 mg)/kg/día o 15 mg/m <sup>2</sup> Antitusivo Niños 2-6 años v.oral 2.5 – 5 mg/ c/6-8 horas máximo 30mg al día Niños 6-12 años v.oral 5-10 mg c/6-8horas máximo 60mgal día	Analgésico Antitusivo Opioide débil	Dolor leve a moderado Crea hábito.

Producto	Presentación	Dosis	Acción	Observaciones
Tramadol	Frasco 50 mg/10 ml	Niños mayores 12 años V.Oral 20-100mg c/ 6-8 horas	Analgésico Opiode débil	Dolor moderado a intenso. Dolor interior Vía parental (s.c; IM. IV o por infusión) Mayores 12 años 100 mg; inicial 1 hora posterior 50 mg c/10-20 minutos máximo 250 mg. Dolor moderado 1-1.5 mg/kg/día

## Tercer escalón

Producto	Presentación	Dosis	Acción	Observaciones
Morfina	Ampulas 10 y 20 mg	0.1 –0.2 mg/kg dosis c/4 horas	Opioide fuerte	Alertar a los padres sobre los efectos secundarios, No usar Petidina

TABLA 20. TERAPIA COADYUVANTE EN EL CÁNCER INFANTIL

## Antidepresivos

Producto	Presentación	Dosis	Acción	Observación
Amitriptilina (Tryptanol)	Tabletas 25 mg	Niños 6-10 años inicio 10 mg/día al acostarse.se puede incrementar hasta máximo de 20 mg. Niños: mayores de 10 años 25-50 mg darse unico al acostarse	Analgesico Antidepresivo	Dolor neuropatico. No usar en niños menores de 6 años no más de 3 meses.

## Anticonvulsivante

Carbamacepina (Tegretol)	Tabletas 200 mg	Niños menores 6 años inicio 10-20 mg/kg día mantenimiento no exceder 35 mg/kg al día Niños 6-12 años. Inicio 100 mg/ c/12 horas mantenimiento 400-800 mg/día	Anticonvulsivante Analgésico	Dolor neuropatico no suspender su administración bruscamente.
-----------------------------	-----------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------------------------------

## Corticoides

Dexametasona	Tabletas 0.75 mg bulbo 4 mg/ml	Según severidad del estado y la respuesta del paciente IM. 8-16 mg repetirla si es necesario cada 1-3 semanas	Anti-inflamatorio	No es el medicamento recomendable.
Betametazona	Ampula 4 mg/ml	Niños menor 1 año 1-5 1mg 2 mg Niño 6-12 años: 4 mg se repite 3-4 veces al día si fuera necesario		Acción rápida
Prednisona	Tabletas 5 mg	1-2 mg/kg/ día en dosis divididas		Depende de la severidad de la afectación y la respuesta individual del paciente

## Antipsicótico (Fenotiacinas)

Producto	Presentación	Dosis	Acción	Observación
Clorpromacina	jarabe 10 mg / 5ml. tableta 25 y 100 mg ampolletas 5 mg /2ml	0.55 mg /Kg.IM c / 6-8 horas según necesidad	Dolor antiemático Hipo Sedante nocturno	No usae en menores de 6 meses.

## Sedantes y ansiolítico (Benzodiazepina)

Diazepam	Tabletas 5mg. Ampollas 10mg / 2 ml	0.3 – 0.5 mg /Kg dosis c / 8 horas	Ansiedad Insomnio Antespasmodico	No usar en menores de 6 meses
----------	---------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------------	-------------------------------



## **4.6.2 Síntomas digestivos**

### **4.6.2.1 Anorexia**

Durante años no ha tenido la atención adecuada a pesar de su frecuencia en los pacientes oncológicos, parece ser inevitable por su inespecificidad, lo obscuro abigaramiento de su etiofisiopatología, la dificultad de su medición y catalogación como síntoma patológico y finalmente carece de un tratamiento acreditado. Afecta al 70 % de los pacientes con cáncer. Es causante de distress físico y psíquico e interfiere en la calidad de vida del paciente.

#### Causas principales:

- vómitos fáciles
- ofrecer demasiada comida
- llenarse rápidamente
- estreñimiento
- lesiones de la boca
- hipercalcemia
- olores
- ansiedad
- depresión
- vaciamiento lento del contenido gástrico
- fármacos

#### Tratamiento:

Medidas generales.

Preparación adecuada de los alimentos

- Poca comida en platos grandes
- Buena presencia
- No comer a horas fijas
- Farmacológicos:
- Dexametasona: de 2 – 4 mg diarios . V.O
- Amitriptilina
- Acetato de Megestrol: 160 mg 2 – 3 veces al día durante 1 – 3 meses de tratamiento

- Ciproheptadina: 1 tableta de 4 mg 3 – 4 veces al día media hora antes de las comidas.
- Vitamina C 500 mg/día. 4-6 semanas, V.O
- Nutrición parenteral únicamente emplearlo individualizado

#### **4.6.2.2 Estreñimiento:**

Afecta al 60 % de los pacientes oncológicos terminales, se considera normal en pacientes terminales una deposición cada 3-4 días

#### **Causas principales:**

- Inactividad
- Deshidratación
- Nutrición deficiente
- Físicos (debilidad, diarrea, dolor)
- Farmacéuticos (opioides, anticolinérgicos)
- Bioquímicos (hipercalcemia)
- Diureticos
- Hemorroides
- Fisura anales

#### **Complicaciones:**

- Dolor
- Obstrucción intestinal
- Diarrea por sobreflujo

Profilaxis del estreñimiento:

- Cambiar la dieta: aumentar el consumo de frutas, verduras, cereales con cáscara, salvado, yogurt y eliminar aquellos alimentos astringentes como azúcar blanca, harina blanca y la carne.
- Ingerir más líquidos por la mañana en ayuna (infusiones calientes de menta, manzanilla y anís)
- Pequeño masaje temprano en la mañana con las piernas flexionadas en la cama; la persona se flota el abdomen en el sentido de las agujas del reloj mejor con un poco de aceite o crema para que resbale bien la mano.
- Hidroterapia: Tomarse un baño de asiento sumergiendo sólo las nalgas y genitales en una palangana de agua fría y echar agua por la zona lumbar, es mejor hacerlo por las mañanas.
- Hacer cuclillas en las mañanas, luego tomar un vaso de agua fría en ayunas
- Además se recomienda realizar ejercicios físicos como trotar, correr y/o caminar

Tratamiento médico

Laxantes: agentes rectales: Supositorios de Glicerina 1 en la noche

Supositorios de Bisacodilo 1 en la noche.

Agentes orales: Bisacodilo: 2 tabletas al acostarse

Aceite mineral: 2 cucharadas al acostarse

Dorbantilo: 2 tabletas al acostarse

Laxagar: 2 cucharadas al acostarse

Magma de magnesia: 2 cucharadas al acostarse

*Drogas que causan estreñimiento:* opioides, Amitriptilina, Haloperidol, sales de aluminio, diuréticos.

### **4.6.2.3 Náuseas y vómitos.**

#### **Causas principales:**

*Por el cáncer:* Irritación gastrointestinal,  
Hemorragia  
Estreñimiento  
Aumento de la presión intracraneana  
Hepatomegalia  
Dolor  
Ansiedad y miedo  
Toxicidad cancerosa  
Bioquímicas (hipercalcemia, uremia)  
Distensión gástrica

#### *Por el tratamiento:*

Quimioterapia  
Radioterapia  
Drogas (opioides, aspirina, corticoides)

#### *Concurrentes:*

Gastritis  
Infecciones  
Úlcera gástrica  
Uremia

#### Tratamiento del vómito:

Tratar las causas reversibles (estreñimiento, hipercalcemia)  
Prescribir el antiemético adecuado  
Tratamiento medico  
Clorpromacina: Tabletas de 25 y 100 mg.  
Ampulas 50 mg/2ml  
Jarabe 10 mg/5ml  
Administrar 75 a 150 mg diarios repartida en 3 tomas  
Empezar con dosis bajas y nocturnas

*Acciones*

Antiemético

Sedante nocturno

Dolor por tenesmo rectal

Hipo

Haloperidol: Tabletas 1.5 mg

Ampuls 5 mg/ml

*Acciones:*

Antiemético

Ansiolítico

Antisicótico

Es el antiemético de elección cuando el vómito está provocado por estímulo central.

Usarlo en dosis nocturna preferentemente. Dosis máxima 100 mg / día repartidos en varias tomas al día; si persiste en los vómitos administrarlo por vía subcutánea.

Diferencias entre Clorpromacina y Haloperidol.

El Haloperidol es:

Más antiemético

Produce más reacciones extra piramidales

Es menos sedante

Tiene efecto colinérgico

Tiene menos efectos cardiovasculares

Metoclorpramida:

*Acciones:*

Aumenta la motilidad del esófago

Aumenta la presión del esfínter esofágico inferior

Favorece el vaciamiento gástrico

Aumenta la dilatación pilórica

Disminuye el tiempo de tránsito en el intestino delgado

Aumentala frecuencia de las contracciones en el duodeno

*Presentación:*

Tableta de 10 mg

Sol. Oral (gotas) 10 mg/ 1ml

Ampulas 10 mg/ 2ml

*Dosis:* 10 mg c/ 4 – 6 horas V.O gotas de 5 –10 ml cada 8 horas IM o IV de 10 –40 mg al día

Niño: 0.1 a 0.2 mg/día profilaxis de emesis producida por la quimioterapia: 1ml/Kg dosis única intravenosa. Administrar 30 minuto antes de los alimentos.

Dexametasona: 24 mg / día S-C

Reducir 4-8 mg cada 3 día hasta dosis de mantenimiento, reduce el edema peritoneal y abre la luz gástrica.

Ondansetron: Es de uso hospitalario inyectable en emesis retardada o prolongada después de las primeras 24 horas; continuar con las tabletas de 8 mg 2 veces al día durante 5 días después del ciclo del tratamiento.

Dimenhidrinato (Gravinol):

*Presentación:*

Tableta de 50 mg

Ampula 1 ml igual a 50 mg

Supositorio igual 100 mg

*Dosis:* Se puede administrar 50 mg c/ 4 horas si es necesario. V.O.

*Dosis IV* es igual a la IM se diluye previamente el contenido del ampula en 10 ml de solución salina fisiológica e inyectar lento.

Supositorio adulto: 100 mg de 6 –8 horas si es necesario

Consideraciones:

Dar profilácticamente en aquellos pacientes en los que se va a comenzar a utilizar opioides y sobre todo en los que tiene antecedentes de náuseas y vómitos.

Tratar de administrar por vía oral y usar la vía parenteral si vomita más de una vez cada 8 horas.

Uso de la sonda nasogastrica es inusual en cuidados paliativos: usar solamente en la obstrucción total de la salida gástrica y en el síndrome del estomago caído para evitar la distensión gástrica al aspirar el contenido

#### **4.6.2.4. Candidiasis oral: muy frecuente afecta a la lengua y mucosa oral produciendo anorexia**

##### Principales causas:

- Sequedad de la boca.
- Utilización de corticoides
- Utilización de antibióticos
- Tratamiento con radioterapia y quimioterapia
- Movilidad de la dentadura

##### Tratamiento:

Cuidados de la boca (ver enfermería)

Nistatín: gragea oral 500 000 U y polvo para suspensión 500,000 u/5 ml. 1 cucharada de 10 ml de suspensión c/4 horas y que la mantenga el mayor tiempo posible en la boca. Es útil congelarlo y hacer cubitos de hielo para chupar Uso durante 14 días.

Ketoconazol: un comprimido diario de 200mg. Diario vía oral

Es bastante hepatotóxico y produce alteraciones hormonales.

Miconazol: crema 2% -25g aplicar cada 4 horas por 10 días

#### **4.6.2.5 Diarreas:**

Afecta al 5 –10% de los pacientes

##### Principales causas:

Desajuste en la utilización de los laxantes

Impactación fecal con sobreflujo

Obstrucción intestinal incompleta

Secuela de la quimioterapia y radioterapia

##### Tratamiento: Etiológico descartar una pseudodiarrea

Médico

Pectina

Carbón activado

Aspirina y Naproxeno (efectivo en diarrea por radioterapia)

Opioides: Codeína y Morfina

Difenoxilato (Reacec )tableta de 2.5 mg. Tomar dos tabletas inicial y continuar 3 – 4 veces al día. No pasar de 16 mg al día. No usar en niños menores de 12 años.

Aporte hidroelectrolítico, si precisa

Dieta astringente

#### **4.6.2.6 Obstrucción intestinal**

Afecta al 3% de los pacientes. Puede ser parcial o total

Principales causas:

*Por el cáncer.*

Crecimiento del tumor linitis plástica

*Por debilidad:*

Neuropatía retro peritoneal

Fecaloma

*Debidas al tratamiento:* post quirúrgica (adherencia)

Post radioterapia (fibrosis)

Por drogas (opioides, corticoides, antihistamínicos, anticoagulantes)

Tratamiento:

Quirúrgico

Médico: Corticoides: Dexametasona a dosis altas, comenzar con 24 mg diarios e ir disminuyendo.

Espasmolíticos: inyección cada 8 horas

Antiemético: Haloperidol subcutáneo 2.5 mg c/ 12- 24 horas

Enema de limpieza por si la causa es un fecaloma

#### **4.6.3 Síntomas urinarios**

Afecta al 20 % de los pacientes con cáncer.

##### **4.6.3.1 Incontinencia**

Principales causas:

*Por el cáncer.*

Intravesical

Estravesical

Espasmo vesical

*Por el tratamiento:*

Post radiaciones



Por Ciclofosfamida

*Concurrente:*

Infección Secundaria a poliuria

Tratamiento:

*Tratar las causas reversibles:*

reducir o cambiar los diuréticos

Antibióticos

Modificar sedación

*Tratamiento medicamentoso:*

Amitriptilina 25 – 50 mg de noche

Naproxeno tableta de 500 mg c/ 12 horas

Imipramina una tableta 25 mg. Dosis inicial 75 mg, mantenimiento 50 mg al día.

#### **4.6.3.2 Espasmo de la vejiga:**

Principales causas:

*Por el cáncer.*

Crecimiento tumoral intravesical

Crecimiento tumoral extravesical

Alteraciones psicológicas

*Por el tratamiento:*

Post radiación

Por uso de sonda vesical

Infecciones

*Concurrentes:*

Infecciones

Tratamiento:

Tratar la causa reversible :

Tratar el estreñimiento

Uso de antisépticos

Cambiar sonda o disminuir el volumen del balón

Uso de analgésicos: Amitriptilina 25-50 mg 1 noche v-o.

Si dolor                      Naproxeno 50 mg / 12 horas V.O

### **4.6.3.3 Tenesmo urinario:**

Principales causas:

*Por el cáncer:*

Hipertrofia maligna de la próstata

Prexopatía

*Por el tratamiento:*

Bloqueos nerviosos

Fármacos (Haloperidol)

*Por debilidad:*

Estreñimiento

Dificultad para iniciar la micción

Infección

Debilidad generalizada

Tratamiento:

Tratar la causa reversible. Modificar el régimen de las drogas

Fármacos: Bloqueantes alfa adrenérgico

Anticolinesterásicos: Amitriptilina 25 – 50 mg por las noches

Propantelina 15 mg c/ 8- 12 horas

### **4.6.4 Síntomas respiratorios.**

#### **4.6.4.1 Disnea:**

Su prevalencia es del 41% en todas las neoplasias y del 60-75% en el cáncer del pulmón

Causas principales:

*Debidas al cáncer:*

Obstrucción.

Sustitución del tejido pulmonar por tejido canceroso

Síndrome de obstrucción de la vena cava superior.

Ascitis masiva

Distensión abdominal.

*Debido al tratamiento:*

Neumectomía

Radioterapia

Quimioterapia

*Debido a la debilidad:*

Atelectasias

Embolia pulmonar

Anorexia

Anoxia

Tratamiento:

No específico:

No abandonar nunca al enfermo

Diazepam 5 – 10 mg c/ 8- 12 horas (disminuye la ansiedad)

Morfina, si el paciente ya estaba usándolo se le aumentará la dosis en un 50 %.

si el paciente no lo estaba tomando, se comienza por 5 mg c/ 4 horas y se irá aumentando en un 50%

Mecanismo: por disminución de la frecuencia respiratoria, disminuyendo la sensibilidad del centro respiratorio a la hipercapnia.

Específicos:

Aminofilina, una tableta igual a 200mg, un ampula igual 250mg y un supositorio igual 250 mg.

Vía oral 100 – 200mg 3 veces al día.

Vía intravenosa: 250 – 500 mg de una a tres veces al día

Vía rectal: 1 - 2 supositorios de 1 – 2 veces al día

Diurético: Furoseamida: una tableta 40mg un ampula de 2 ml igual a 20 mg y una de 3 ml igual a 30 mg.

Vía oral: 40 – 80 de 1 – 3 tabletas al día

Vía intramuscular o intravenosa: 20 – 40 mg y se puede repetir de 2 – 4 horas

#### **4.6.4.2 Tos:**

Más frecuente en los enfermos con cáncer broncopulmonaar.

Causas principales:

*Debido al cáncer:*

Por proceso de irritación traqueal, bronquial, pleural, pericárdico y/o del diafragma.

*Debido al tratamiento:*

Fibrosis post radioterapia:

*Debido a la debilidad:*

Infecciones

*Concurrentes:*

Hábito de fumar

Asma

EPOC

Tratamiento:

Depende de la causa y el objetivo que se persigue.

\* Tos húmeda más paciente capaz de toser eficazmente:

Humidificación del aire inspirado

Educación de cómo toser efectivamente

Mucolíticos no irritantes (Acetil Cisteína) ampollita 10 %/1ml. En aerosol, se nebuliza una ampollita en cada administración.

Percusión y drenaje postural

Broncodilatadores: Aminofilina. Una a dos sesiones al día durante 5 – 10 días (ver disnea)

\* Tos humedad más paciente incapaz de toser eficazmente:

Antitusígenos: Codeína: 30 – 60 mg c/ 4 horas

Dihidrocodeína 60 mg c/ 12 horas

Morfina 5 – 20 mg c/ 4 horas

Esteroides.

Limitar el uso de la aspiración, es muy traumática.

\* Tos seca:

Igual tratamiento que el anterior, además de la humidificación. Estos productos no se deben mezclar.

**4.6.4.3 Hipo:**

Causas más frecuente:

Distensión gástrica.

Irritación diafragmática

Irritación del nervio frénico

Tumor cerebral

Infecciones

Tratamiento:

Tratar las causas reversibles:

*Distención gástrica:* Metoclorpramida 10 mg/ 4 – 6 horas

*Tumor cerebral:* Dexametasona 8 mg/ 12 horas, disminuir hasta dosis de mantenimiento.

*Infección:* antibióticos

*Supresión central del reflejo del hipo:* Clorpromacina 10 – 25 mg 3 – 4 veces al día

**4.6.5 Síntomas neuropsicológicos****4.6.5.1 Insomnio:**

Causa estrés en el enfermo y empeoramiento de otros síntomas

Causas principales:

Fisiológicas: exceso de luz o ruido, nicturia, dormir durante el día.

Psicológicas: todos los síntomas que influyen en el estado anímico (ansiedad, depresión)

Tratamiento incorrecto de otros síntomas: dolor, disnea, vómitos, diarreas, incontinencia urinaria.

Medicación coadyuvante: puede producir estimulación (diuréticos, corticoides, cafeína, simpaticomiméticos)

\* Medidas generales:

Aumentar la actividad diaria. Disminución de los ruidos nocturnos. Luz indirecta

Ambiente y música agradable

Tratamiento del miedo con terapia de relajación, compañía, explicación y dar seguridad al enfermo.

\* Tratamiento etiológico

\* Tratamiento farmacológico:

Benzodiazepinas: reducen ansiedad, favorecen el sueño y disminuyen la tensión muscular.

Acción corta: Midazolam ampolleta 10 mg /2 ml. 20-50 mg / día 5- Sc

Acción intermedia: Nitrazepan tab. 5 mg V.O se puede llegar a 10 mg

Acción prolongada: Clorodiazepóxido: una tableta igual a 10 mg, 30 mg/ día V.O 3-4 veces al día dosis máxima 100 mg/ día.

Diazepam una tableta igual a 5 mg

Una ampula de 10 mg/ 2ml.

Vía oral 1 – 8 tabletas diarias fraccionadas

Vía intramuscular 1 – 4 ámpulas divididas en 3 o más dosis

Barbitúricos: Fenobarbital: una tableta igual a 15 mg

Vía oral de 10 – 15 mg en 3-4 tomas, dosis máxima diaria 60 mg

Hidrato de Cloral: jarabe 5 ml/ 0.60 gr

Vía oral 600mg a 2 g al acostarse diluido en jugo o con una bebida caliente.

#### **4.6.5.2 Estado confuncional agudo o delirio.**

Principales causas:

Por el cáncer: degeneración cerebral.

Efecto sistémico del tumor

Infecciones

Trastorno hematologicos

Radioterapia

Utilización de drogas, sedantes o estimulantes:

Antiparkinsonianos

Cimetidina

Digoxina

Déficit vitamínico:

Reducción brusca de la medicación

Alteraciones bioquímicas:

- \* Hipercalcemia
- \* Hiponatremia
- \* Hiperglicemia
- \* Hipoglicemia
- \* Fracaso orgánico: Hepáticas y renales

Anoxia cerebral:

- \* anemia
- \* Insuficiencia cardiaca

Generalmente tiene un origen multifactorial.

Tratamiento:

Debe ser precoz con fármacos neurolépticos

Causa farmacológica: suprimir o disminuir la dosis

Hipoxia o Cianosis: oxígeno

Agitación: Diazepam

Con alucinaciones o síntomas sicóticos: Haloperidol y/o Clorpromasina

Haloperidol 1-2 mg v.o o s.c continuar con 1-2 mg /6h. si no se controla

Clorpromacina 25 mg / 8 horas v.o o s.c

TABLA 22. VALORACIÓN DEL ESTADO FUNCIONAL O DE VALIDEZ DEL ENFERMO  
 - (PERFORMANCE STATUS) SEGÚN KARNOFSKAY Y BURCHENEL  
 - ESCALA DE ECOG (GRUPO COOPERATIVO ONCOLÓGICO DEL OESTE)

Escala de ECOG (x)		Escala de KARNOFSKAY	
Grado	Descripciones	%	Descripciones
0	Capaz de llevar a cabo una actividad física normal sin restricciones	100	Normal. No presenta síntomas o signos de enfermedad.
		90	Capaz de una actividad normal; ligeros síntomas o signos de enfermedad.
1	Sintomático, pero ambulatorio, restricciones en actividades físicas rigurosas, pero ambulatorio y capaz de hacer trabajos ligeros o de naturaleza sedentaria.	80	Actividad normal con esfuerzo. Algunos síntomas o signos de enfermedad.
		70	Puede cuidar de sí mismo. Incapaz de desarrollar una actividad o trabajo activos normales.
2	En camas menos del 50% del tiempo. Ambulatorio y capaz de valerse por sí mismo, pero incapaz de trabajar. Más del 50% del tiempo	60	Precisa ocasionalmente asistencia pero es capaz de atender por sí mismo a la mayor parte de sus propias necesidades.
		50	Requiere asistencia y frecuentes cuidados médicos.
3	Capaz de realizar sus cuidados personales, pero más del 50 % del tiempo confinado a la cama o silla.	40	Incapacidad, encamado. Requiere asistencia y cuidados especiales.
		30	Grave incapacidad. Estado severo. La muerte no es inminente. Requiere hospitalización.
4	Completamente incapaz de realizar ningún esfuerzo, confinado totalmente a la cama	20	Estado grave. Intenso o tratamiento de sostén. Requiere hospitalización.
		10	Estado muy grave (moribundo). Proceso fatal que progresa rápidamente.
5	Muerto	0	muerto

X: Escala del grupo Corporativo Oncológico del Oeste (ECOG)



## **4.7 Urgencias Oncológicas**

### **4.7.1 Vías respiratorias**

La oclusión sub-aguda o aguda de las vías respiratorias es un evento bastante frecuente en las neoplasias de laringe, aunque no es rara en otros procesos neoplásicos como el carcinoma del tiroides, grandes metástasis cervicales o tumores de la traquea. Su localización más frecuente y peligrosa tiene lugar en la glotis.

Desde el punto de vista diagnóstico es importante determinar el nivel de la estenosis y la situación de urgencia es muy dramática por la disnea que es el síntoma y signo más evidente que implica gran ansiedad y hambre de aire por parte del paciente y que requiere la valoración de una traqueostomía.

### **4.7.2 Vías digestivas**

En el esófago la región afectada con más frecuencia es a nivel cervical y torácica, en el que además de su estenosis intrínseca por los tumores propios del órgano pueden producirse también compresiones o infiltraciones directas por tumores de las estructuras contiguas. En todos los casos el síntoma más significativo y constante es la disfagia, que depende de la situación de base, pudiendo llegar a una afagia total.

En el colon la obstrucción se produce un 40% de los pacientes; sus manifestaciones clínicas son el dolor, la distensión abdominal, vómitos y la ausencia de emisión de gases y heces. Frente a este cuadro la remisión al centro hospitalario es lo más correcto sus principales causas son los cánceres del propio colon y por metástasis de cáncer de ovario, mama, linfomas, leucemia y melanomas.

### **4.7.3 Síndrome mediastinal**

Son numerosos los tumores benignos y malignos primarios o secundarios de distintos tipos oncológicos que pueden dar lugar a un síndrome mediastinal. Los tumores más frecuentes que lo producen son el cáncer primitivo del pulmón, los linfomas y las metástasis mediastínicas.

La sintomatología depende de las estructuras anatómicas involucradas; el síndrome más típico es de la obstrucción de la vena cava superior cuyos signos y síntomas más importantes son:

- \* Cefalea, somnolencia, y cianosis facial.
- \* Edema y dilatación de las venas de la cara, cuello, parte superior del tronco y miembros superiores por aumento de la presión venosa.
- \* Circulación colateral tipo cava superior- cava inferior con edema en esclavina.
- \* Tos y disnea.

El tratamiento debe ser valorado por los especialistas pudiéndose indicar de urgencia la oxigenoterapia y la administración de corticoides en altas dosis: Dexametasona a 12 mg vía oral al inicio y continuar con 6 mg 4 veces al día o comenzar con 100 mg intravenoso de inicio y continuar con la vía oral.

### **4.7.4 Síndrome Compresivo de la Médula Espinal**

Se produce en aproximadamente en 5 % de los pacientes con cáncer.

La compresión medular en un paciente con cáncer constituye una auténtica urgencia neuro-oncológica en la que un tratamiento prevé si es efectivo en un 90% de los pacientes, pero una demora en la instauración del mismo conlleva a un déficit neurológico irreversible, que reduce de forma drástica la calidad de vida de estos pacientes por paraplejía, tetaplejía o disfunción de los esfínteres. La situación neurológica en el momento y el tratamiento es el factor pronóstico de mayor importancia para la recuperación funcional del paciente, por ello la clave del éxito es comenzar inmediatamente el tratamiento de los 30 minutos a 2 horas de aparecer los primeros síntomas.

Este síndrome puede deberse a neoplasias primitivas de la médula o con mayor frecuencia neoplasias metastásicas que se desarrollan en el espacio extradural. Su producción se debe a los cánceres de próstata, mama pulmón, riñón, linfomas y melanomas.

El primer signo que puede preceder días o semanas ante la aparición del síndrome es el dolor persistente y localizado en la región raquídea, cuello o espalda según el lugar

afectado; posteriormente aparecen trastornos de tipo motor dados por debilidad muscular inseguridad en la deambulación y dificultad para mantener el equilibrio.

Simultáneo o poco después aparecen trastornos de la sensibilidad: parestesias, hipoestusias, adormecimiento de los miembros y dificultad para orinar y defecar.

En algunos casos se puede pasar rápidamente del período prodrómico y establecerse la fase plena de síntomas vista anteriormente.

Se prefiere comenzar con Dexametasona a 100 mg intravenoso en 100 cc de solución salina fisiológica en 10 min. y continuar con dosis de 8 a 12 mg. por vía oral cada 6 horas.

#### **4.7.5 Urgencias metabólicas.**

##### **4.7.5.1 Hipercalcemia**

Es relativamente frecuente, entre las enfermedades neoplásica que más ocasionan están el melanoma múltiple, el cáncer de mama, el de pulmón, los de cabeza y cuello y el de esófago.

Las principales manifestaciones clínicas son:

Neuro musculares: Apatía, depresión mental y estupor que pueden llegar hasta el coma.

Cardiovasculares: Cambios en el ECG con alargamiento de la onda T y alargamiento de QRT.

Renales: Poliuria, nicturia, glucosuria, hiperglicemia y uremia.

Gastrointestinales: Anorexia, náuseas, vómitos. constipación´.

Otros: Deshidratación, alcalosis metabólica, dolores óseos, prurito.

Es preciso frente a la sospecha remitir al paciente al centro hospitalario donde existan los recursos necesarios para su diagnóstico y tratamiento definitivo.

##### **4.7.5.2 Hiperuricemia**

Es una complicación que puede aparecer en la evolución de las leucemias, los linfomas y sobre todo casi siempre como consecuencia del uso de la poliquimioterapia por una brusca destrucción de un gran número de células tumorales, ocasionando degradación de ácidos nucleicos, gran metabolismo de las purinas y una excesiva formación de ácido úrico.

El cuadro clínico está dado por oliguria que puede llegar a la insuficiencia renal, acidosis metabólica, tetánea, deshidratación, hiperpotasemia llegando hasta el paro cardíaco. Este síndrome es de atención hospitalaria y las consecuencias de la administración de poliquimioterapia pueden ser evitadas con tratamiento adecuado.

#### **4.7.6 Hipertensión intracraneana**

La causa más frecuente son los tumores y metástasis cerebrales. Sus principales manifestaciones son: cefaleas, vómitos, convulsiones y alteraciones del nivel de conciencia.

Tratamiento:

Betametazona: una o dos ampulas de 4 mg. o Dexametazona en bolo intravenoso 100 mg. seguido de 40 - 100 mg. cada 24 horas.

Manitol intravenoso al 20 % de 0.5 mg. a 2 mg. por Kg. de peso en infusión de 10 a 20 minutos y a continuación Furoseamida a los 15-30 minutos después.

#### **4.7.7 Hemorragias masivas**

Causas más frecuentes: Cánceres de cabeza y cuello.

Cáncer del pulmón a forma mediastinal.

Cáncer cérvico-uterino.

Para enfrentar esta situación de urgencia se necesita haber previsto con la familia esta posibilidad y tratar siempre de dar tranquilidad, no ser nunca alarmista, tratando de que la familia salga de la habitación.

La presencia médica da seguridad y le da confianza al paciente que va a morir se debe de sedar con Diazepam 5-10 mg intramuscular o intravenoso lento. Recoger la sangre con toallas o paños de color oscuro

#### **4.7.8 Fracturas Oseas.**

La afectación ósea es la localización más frecuente de metástasis en los tumores sólidos malignos es la principal causa de mortalidad en estos pacientes.

En las fracturas patológicas las causas son: cáncer de mama, cáncer de pulmón, cáncer de riñón y cáncer de próstata. Los sitios más frecuentes son: vértebras, pelvis, fémur, húmero y costillas.

Las metástasis óseas puede provocar una serie de eventos que alteran la calidad de vida y pueden incluso llevar a la muerte con dolor, fractura patológica, compresión medular, compresión de raíces nerviosas e hipercalcemia

Frente a la presencia de metástasis en el esqueleto y específicamente en las localizaciones anteriores es preciso prevenir con la evitación de movimientos bruscos y no hacer esfuerzos físicos alguno; en caso de fractura se debe realizar la confirmación diagnóstica e imponer el tratamiento para el dolor y la inmovilización correspondiente.

#### **4.8 Intervención psicológica en enfermos terminales**

La psico-oncología se ha considerado como una sub-especialidad de la Oncología; y una de las dimensiones psicosociales del cáncer en la que esta rama del conocimiento centra su estudio, están relacionadas con las respuestas emocionales de los pacientes, sus familiares y el equipo profesional, en cada una de las etapas de la enfermedad.

Los cuidados paliativos tienen como objetivo terapéutico darle atención a la unidad formada por estos 3 elementos y la esencia de estos cuidados es facilitar la mejor calidad de vida al paciente y su familia a través de una atención activa y completa; donde resulta sumamente importante que se le procure al enfermo el control de los síntomas y la satisfacción de sus necesidades.

Al abordar el concepto de calidad de vida, es necesario hacerlo desde dos niveles:

Objetivo: relacionado con la situación socio-económica y con las condiciones físico-ambientales, psicológicas, espirituales, etc.

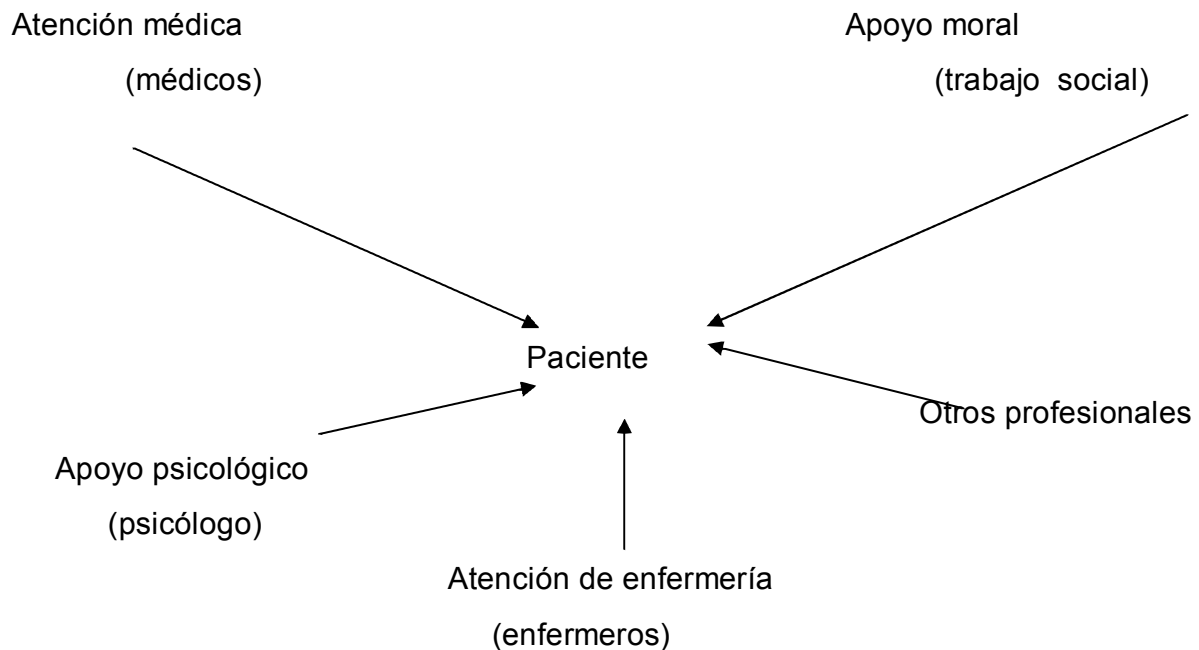
Subjetivo: se refiere al grado de satisfacción personal con las condiciones de vida anteriormente expuestas.

La intervención del psicólogo cobra gran relevancia en la evaluación e intervención en el nivel subjetivo y se hace necesario ante la presencia de reacciones emocionales asociadas a la enfermedad que nos ocupa, el cáncer.

Los cuidados integrales que se ofrecen al enfermo en situación terminal, exigen el trabajo mancomunado de distintos profesionales integrados en lo que llamamos equipo multidisciplinario, integrado por médico, enfermero, psicólogo, trabajador social y otros.

Son las necesidades de los pacientes las que demandan una atención concreta y cuidados específicos realizados por un personal competente, no sólo profesional sino también humanamente.

**FIGURA 4. ATENCION MULTIDISCIPLINARIA DEL PACIENTE**



### **A) El paciente**

Los pacientes terminales se encuentran en la situación más vulnerable de su vida por lo que resulta necesario que nos acerquemos a él con actitud de aceptación, comprensión; una postura alejada de prejuicios y críticas, ofreciendo opciones y elecciones a través de la educación y la información, enfatizándole sus potencialidades y habilidades de ese momento. Esto sólo se logra a través de la comunicación, que es la mejor herramienta a la hora de abordar la problemática emocional del paciente, tanto para identificar sus necesidades como para intervenir sobre ellas.

La comunicación nos permite apoyar emocionalmente al paciente, escuchándolo, comprendiendo lo que le está sucediendo y facilitando la expresión de sus emociones.

#### **A1- Síntomas neuropsicológicos en el paciente terminal.**

La problemática psicológica asociada al cáncer en fase terminal aparece en mayor o menor grado, pudiéndose observar modificaciones en la conducta y efectividad del paciente.

Resulta de vital importancia la participación de los profesionales de la salud en el cuidado integral de los pacientes con enfermedad oncológica avanzada y en la medida en que son más remotas las posibilidades de curación o de prolongación de la vida, el tratamiento a estos pacientes se centra más en el control de los síntomas no sólo físicos, sino también psicológicos y espirituales; para así lograr optimizar la calidad de vida del enfermo.

Estos síntomas se presentan con extraordinaria frecuencia y su falta de control incide negativamente tanto en la calidad de vida como en sus mecanismos de afrontamiento y el nivel de adaptación psicosocial.

### **A2- Reacciones psicológicas.**

Surgen del enfrentamiento a la soledad, a la incertidumbre, a las pérdidas de las funciones del cuerpo, al deterioro físico progresivo, a la pérdida de los roles laborales, sociales, familiares, etc., a la falta de control sobre sí mismo y la propia vida y a la pérdida de la identidad. Aparecen además sentimientos de imperfección personal que puede impedir la conservación de la autoestima, dignidad e integridad del individuo.

#### **A2-1 Insomnio.**

Es la incapacidad para dormir, asociado a otros síntomas como el dolor y la ansiedad; el insomnio aumenta el cansancio, lo que contribuye a disminuir el umbral de aparición de estos síntomas, creándose así un círculo vicioso que dificulta aun más la conciliación del sueño.

En la noche, en el enfermo se acrecienta el pánico pues teme morir mientras duerme, a las pesadillas, etc. Además el umbral doloroso del paciente desciende ante la dificultad para conciliar el sueño.

#### Causas

##### a) Síntomas físicos mal controlados

- \* dolor
- \* disnea
- \* vómitos
- \* incontinencia urinaria
- \* diarrea

##### b) Síntomas mentales mal controlados

- \* ansiedad
- \* depresión
- \* miedo a morir durante el sueño

##### c) Efectos secundarios de la medicación

retirada de hipnóticos

uso nocturno de diuréticos

estado de vigilia secundario a la administración de corticoides

##### d) Causas ambientales

exceso de luz, ruidos, etc.

Actitud terapéutica:

Se recomienda aumentar la actividad diaria, disminuir los ruidos nocturnos, conseguir un ambiente fresco y agradable donde descanse, utilización de técnicas de relajación, ofrecer compañía e información, etc.

### **A2-2 Ansiedad.**

Sensación de aprehensión o miedo que se vive como desastre inminente e inevitable. En ocasiones se manifiesta como accesos de pánico.

Causas:

- Estado avanzado de la enfermedad
- Convivencia de proximidad de la muerte
- Incertidumbre personal y/o familiar
- Mal control de síntomas
- Efectos adversos del tratamiento.
- Etc.

Estas causas se pueden resumir de la siguiente forma:

- Factores orgánicos
- Factores psicológicos
- Factores relacionados con un trastorno psicológico primario

Algunas manifestaciones:

- Tensión o inquietud
- Hiperactividad autonómica
- Insomnio
- Fatiga, agotamiento
- Aprehensión
- Incapacidad o dificultad para mantener la atención y el nivel de concentración
- Bloqueo de memoria
- Temblor, palpitación, hiperventilación

Actitud terapéutica:

- Desahogo emocional
- Adecuado control de síntomas
- Velar por la dimensión espiritual
- Mantener una relación empática brindando información y compañía.
- Uso de técnicas cognitivo-conductuales



### **A2-3 Depresión.**

Situación clínica caracterizada por un bajo estado de ánimo, tristeza o pérdida de la capacidad de obtención de satisfacción en lo que antes despertaba interés.

El hecho de valorar la depresión como una respuesta “normal” ante el conocimiento del diagnóstico de cáncer hace que a menudo no se preste la suficiente atención a los síntomas depresivos de los pacientes terminales.

Causas:

- a) Cambios orgánicos producidos por el avance de la enfermedad
- b) Tratamientos
- c) Reactivo a la condición médica del paciente:
  - percepción del empeoramiento de su estado
  - sentimientos de alienación y abandono por amigos, familiares, personal médico
  - pérdida de autonomía e independencia
  - pérdida de integridad física
  - fallecimiento de otros pacientes
- d) Condiciones premórbidas
  - alcoholismo
  - baja autoestima
  - antecedentes de depresión (familiares y personales)

Algunas manifestaciones

- Anorexia
- Pérdida de energía, de interés y del entusiasmo
- Fatiga
- Pérdida de peso
- Retorno sicomotor
- Reducción en la libido
- Cansancio físico o mental

Actitud terapéutica:

- Favorecer la comunicación posibilitando comentar sus ansiedades; miedos, etc.
- Identificar y tratar cualquier factor orgánico causante del cuadro depresivo
- Uso de técnicas psicológicas dirigidas a explorar el significado que tiene la enfermedad, la vida y la muerte para el paciente y a facilitar las revisiones de su vida pasada.
- Uso de terapia cognitiva-conductuales.

### **A2-4 Estado confusional agudo.**

Determinado por una alteración en la comprensión lógica, asociado que es vivido como un período de desconcierto, angustia y gran sufrimiento.

Causas:

a) De naturaleza reversible

- uso de drogas
- alteraciones metabólicas

b) Secundarios a déficits residuales de la función cerebral

- uso inadecuado de drogas: sedantes, corticoides, etc
- reducción brusca de ciertos medicamentos
- anoxia cerebral por anemia, insuficiencia cardíaca, etc.
- déficit vitamínico
- fracasos orgánicos: insuficiencia hepática o renal
- alteraciones metabólicas: hipercalcemia, hipoglicemia, etc.

Algunas manifestaciones:

- Desorientación temporoespacial
- Pérdida de la capacidad para concentrarse
- Trastorno de la memoria
- Lenguaje incoherente
- Ilusiones
- Alucinaciones
- Agitación e ideas paranoides
- En ocasiones, comportamiento agresivo

Actitud terapéutica

Corregir las circunstancias reversibles presentes en el origen del proceso

### **A-3 Atención a las necesidades espirituales.**

El sufrimiento y el dolor espiritual puede reconocerse por las preguntas que hace el enfermo, el por qué de las cosas y situaciones, con ellos indican una búsqueda de sentido.

#### **Términos de dolor espiritual**

Sufrimiento

Angustia

Desazón

Falta de esperanza

Desesperación

No existen medicamentos que sirvan para el sufrimiento o el dolor espiritual, lo que resulta muy duro, especialmente para los que tienen por profesión y vocación aliviar el sufrimiento de las personas. El bálsamo para el dolor espiritual hay que encontrarlo en la misma experiencia del dolor.

El dolor espiritual, no es un problema a resolver, sino una pregunta que hay que vivir, con la confianza de que la respuesta está en la misma pregunta.

Acompañar a una persona en su andadura espiritual exige “meterse en el agua” con el que se está “ahogando”. Exige haber recorrido previamente el propio camino espiritual.

### **A-4 Etapas del proceso de adaptación a la muerte: Mecanismos de afrontamientos y síntomas más frecuentes.**

Las etapas del proceso de adaptación a la muerte no deben tomarse en sentido estricto, ordenado o riguroso. Cada persona, dependiendo de las características de su personalidad y de su forma habitual de enfrentar los problemas, vivirá más u otras fases con diferente intensidad.

#### **A4-1 Negación: Resistencia a aceptar la realidad inminente.**

El negar la realidad amenazante permite al paciente terminal adaptarse gradualmente y sirve de función protectora para enfrentarse a los retos impuestos. Con la negación se resiste de entrar en el sufrimiento.

Síntomas:

- No aceptación del miedo
- Trivializar la situación
- Excesiva fortaleza

- No comprender la información que se le da sobre el diagnóstico
- Buscar opiniones médicas adicionales que desconfirмен su pronóstico
- Pensar que el médico “se ha confundido”
- No aceptar el tratamiento
- Interpretar los síntomas como derivación de causas leves

Llevado al extremo, la negación puede convertirse en un mecanismo desadaptativo pudiendo interferir en la administración adecuada de tratamiento y bloqueando la comunicación.

#### **A4-2 Ira o enojo:**

Impotencia que produce el conocimiento de la propia muerte, o ante la frustración por no poder cambiar la realidad. La agresividad por el enfado se dirige hacia todo el mundo. Es importante no personalizar la hostilidad recibida. Debe comprenderse que surge del dolor que está sufriendo el paciente.

Es el primer paso para ver la realidad, aunque aún no se ha iniciado el proceso de aceptación. Pueden aparecer ideas paranoides.

#### Síntomas

- Enfado con la familia.
- Discutir con el equipo el tratamiento.
- Críticas airadas frente a cualquier intervención o situación.
- Culpar al equipo médico de la enfermedad o de los dolores.
- Mal humor general.

**A4-3 Pacto o negociación:**

Primer esfuerzo por aceptar la realidad, aunque es todavía una aceptación a medias. Suelen hacerse pactos con Dios, el destino, etc., ofreciendo algo a cambio de alargar la vida, recobrar la salud o satisfacer algún deseo pendiente; es una situación de regateo que surge de la esperanza que siempre se tiene. Es necesario que abandone esta mente negociadora para empezar a aceptar totalmente la realidad.

Síntomas

- Sentimientos de culpa
- Conductas reparadoras

**A4-4 Depresión:**

Reacción lógica ante la toma de conciencia inevitable, de la pérdida de todo lo que tenemos. Es un dolor preparatorio que necesita poder ser expresado para poder pasar a la fase siguiente. Nos deprimimos ante nuestra vulnerabilidad y ante la importancia para combatir la realidad.

Factores contribuyentes:

- Pérdida de control y de la independencia
- Pérdida de la salud
- Separación de seres queridos
- Temor a convertirse en una carga para los demás

Síntomas:

- Sintomatología depresiva
- Aumento de la ansiedad
- Claudicación
- Miedos

**A4-5 Aceptación:**

Supone contemplar la muerte con mayor apertura, no como una tragedia sino como el final de un camino, es comprender que el mundo sigue viviendo sin uno mismo, llegar a una conciliación existencial.

La aceptación se alcanza al resolver la fase depresiva; para llegar a este punto es necesario que la persona haya podido llorar por todo lo que ha perdido, reparar todo lo que según su conciencia no hizo bien y despedirse de sus familiares y amigos. Aceptar no es lo mismo que resignarse.

Síntomas:

- Sensación de paz
- Sensación de encuentro con uno mismo
- Despedida
- Sensación de liberación, de descanso

Debe tenerse en cuenta que varias fases pueden coexistir, algunas pueden no surgir nunca y otras pueden surgir en diferentes momentos del proceso.

### **A-5 Etapa final. Recomendaciones.**

La agonía es la fase más dura y delicada de todo el proceso de la enfermedad pues significa que está muy próximo ese acontecimiento inevitable y doloroso para todos que es la muerte.

En esta fase debemos proporcionar cuidados al paciente para que el proceso del paso de la vida a la muerte sucede de la forma más serena posible con dignidad y sin sufrimiento.

Los cuidados psicológicos que vamos a proporcionar al enfermo estarán encaminados a proveerle del máximo soporte posible mediante nuestra presencia reconfortante, cariño y respuesta sincera a sus preguntas así como facilitando e incluso, a veces, sirviendo de intermediario para que el paciente se puede despedir de sus familiares y amigos, intermediarios entre el enfermo y su propio mundo interior.

**Negación:** Es importante permitir al paciente soñar despierto con cosas hermosas, incluso si son improbables, pues en ese momento es incapaz de vivir su situación de un modo real. Lo que nos interesa es conocer sus necesidades y determinar qué parte de la realidad quiere afrontar.

**Ira:** Se requiere mucha comprensión y capacidad de escuchar para aceptar su ira irracional como un desahogo para él, sin considerarlo como algo personal contra la familia o el equipo.

**Pacto:** No desconsiderar los comentarios del paciente referidos a sus promesas y deseos, por ejemplo, conocer a su nieto, asistir a la boda de su hijo, pasar Navidades, etc.

**Depresión:** Ayudar al paciente a ver lo positivo que aún queda; pero cuando la depresión es un instrumento para prepararse a la pérdida de todo lo que se ama, los ánimos no tienen sentido. Está a punto de perder todas las cosas y a las personas que quiere, por lo que hay que permitirle expresar su dolor, de manera que encuentre más fácil la aceptación final.

**Aceptación:** El paciente ya no tiene ganas de hablar ni de recibir visitas y disminuye su capacidad de interés. Cuando ya no hay conversación, una presión de la mano o una mirada, pueden decir más que muchas palabras.

## **B) La familia**

El paciente no es un ser aislado, sino que forma parte de una familia. La familia es un organismo muy complejo, con reglas, mitos y creencias que configuran su peculiar forma de organizarse y de enfrentarse a las dificultades.

El hecho de pertenecer a una familia concreta es la fuente primordial de identidad, y las relaciones entre los miembros es tan estrecha que cualquier cambio en una de sus miembros afecta irremediabilmente al resto de la familia.

Cuando la familia recibe la noticia del diagnóstico de su ser querido, inicia un recorrido emocional similar al del paciente. Debe afrontar tanto la enfermedad y la muerte como múltiples cambios en la estructura y funcionamiento familiar y anticipar el dolor que se presentará tras la pérdida de ese ser querido. Los cuidados a los miembros de la familia están relacionados con el alivio de sus temores y la solución de las situaciones difíciles que se presentan ante la muerte, incluyen:

Información clara concisa y realista

Saber que sé esta haciendo algo por el paciente

Contar con la disponibilidad comprensión con el apoyo del equipo de cuidado

Tiempo para permanecer con el enfermo.

Intimidad para el contacto físico y emocional.

Participar en los cuidados del paciente terminal.

Comunicar los sentimientos y poder perdonarse íntimamente

Compañía y apoyo emocional

Expresar las emociones

Conservar la esperanza

### **B-1 Miedos comunes ante la muerte del ser querido**

- a) Miedo a que su ser querido vaya a sufrir mucho, que su agonía sea larga y/o muy dolorosa

Ofrecer explicaciones claras sobre las posibilidades y oportunidades para discutir sobre las decisiones

Informarles sobre los recursos disponibles

Darle posibilidades para que pregunten y discutan sus dudas

b) Miedo a que su ser querido no vaya a recibir la atención adecuada en el momento preciso

Brindar explicaciones adecuadas

Nunca decir “Ya no hay nada más que hacer”

c) Miedo a hablar con el ser querido (es muchas veces una defensa de los familiares y una racionalización de sus miedos a abordar el tema de la muerte)

Explicar que no hay palabras mágicas, ni respuestas exactas.

Enseñarles el valor de escuchar, el de la presencia física y el de compartir esos momentos dolorosos.

d) Miedo a que su ser querido adivine su gravedad. ( miedo a traicionarse así mismo)

Tranquilizarlos, mostrándoles que el enfermo sabe, mejor que nadie, cómo se siente y cómo está.

e) Miedo a estar sólo con el ser querido en el momento de la muerte ( en enfrentarse con la realidad, con los sentimientos que esto provoca, a los sentimientos fruto de asuntos no resueltos con quien murió)

Trabajar mucho con los familiares antes de que muera el enfermo (favorecer el duelo anticipatorio)

f) Miedo a no estar presente cuando muera el ser querido (a quedarse dormido y no darse cuenta de la muerte del familiar, no poder identificar que la persona falleció, etc)

Abordar los temores explicando las diferentes situaciones que pueden presentarse.

## **B-2 Tratamiento familiar**

Objetivos.

a) Disminuir el impacto de la enfermedad.

- Controlando los síntomas
- Haciendo profilaxis de la angustia: dar a conocer lo que ha de suceder y su significado
- Valorando el entorno del enfermo y las relaciones familiares y su dinámica (puntos críticos y de riesgo)
- Contando con espacios y tiempos concretos
- Valorando situaciones de angustia extrema
- Brindando soporte emocional, ofrecerlo y potenciar el que el enfermo y la familia pueden darse mutuamente o recibir de otros ámbitos relacionales.
- Brindando conocimiento sobre el medio asistencial: lazos entre los niveles asistenciales, condiciones de vida del hospital, etc.



- Favoreciendo la resolución de temas concretos: preocupaciones, asuntos pendientes, trámites derivados del ingreso y otros problemas concaminantes.
- b) Optimizar las posibilidades de soporte de la propia familia. Valorar y potenciar recursos propios: “poder hacer algo”

Potenciar los recursos propios.

- Asesoramiento sobre las actividades en que intervienen
- Información sobre el posible curso de los acontecimientos
- Instrucciones sobre qué hacer

Adecuación de objetivos

- El enfermo guía la relación terapéutica
- El enfermo define los objetivos y son compartidos con el equipo terapéutico

Participación de la familia en las decisiones terapéuticas

- Información de acontecimientos previsibles
- Potenciación del rol terapéutico familiar

- c) Información: ha de ser entendida no como un acto sano, sino como una actitud; la que el paciente vaya demandando.

### **B-3 Respuesta o reacciones emocionales de la familia: Intervención**

La situación de la familia del paciente oncológico, se caracteriza por el gran impacto emocional que la enfermedad y las implicaciones que ésta trae consigo tiene sobre cada uno de los miembros.

La situación terminal supone una ruptura en la cotidianidad, la nueva situación se caracteriza por la incertidumbre y el miedo. Cada familia tiene un estilo de afrontamiento particular, al proceso de la enfermedad.

- a) Estilo activo y sobreprotector: la familia decide de formar absoluto el control de la nueva situación. El paciente, en su condición de enfermo es subestimado, lo relevan de asumir cualquier responsabilidad o de tomar decisiones.
- b) Estilo de huida y evitación: la familia pretende seguir como si nada hubiera pasado; es un caso de negación a la verdad. Hay un aferramiento a los patrones de comportamiento anterior al cáncer, no existe reajuste de roles a pesar del mal estado físico y psíquico en que se encuentra el paciente.
- c) Estilo de lucha realista: la familia muestra un espíritu de lucha realista frente a la enfermedad. Movilizar los recursos de los que dispone; es consciente de las innumerables limitaciones del enfermo, pero también de todas aquellas áreas de su vida sobre las que él puede seguir teniendo control. Se realizan reajustes necesarios.
- d) Conspiración de silencio: la familia busca crear un estado de armonía evitando tratar con el paciente determinados temas, generalmente relativos a su diagnóstico y pronóstico así como a informar de ciertos acontecimientos familiares que temen le perturben, consecuentemente también evitan hablar de los sentimientos que su estado les provoca. Todos, incluido el paciente, viven en un clima artificial y que los mantiene emocionalmente aislados.
- e) Claudicación emocional: la familia, en especial el cuidador primario, se siente al "límite" y sobrepasada la situación, debido tanto a la falta de apoyo social como de recursos personales, llegando al agotamiento físico o psicológico.
- f) La claudicación familiar se define como la incapacidad de sus miembros para ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples demandas y necesidades del paciente. Es uno de los problemas o situaciones, que complican el control de síntomas y generan todo tipo de dificultades en la relación terapéutica con la familia del paciente y entre sus miembros. Se refleja en la incapacidad de mantener una comunicación positiva con el paciente, entre los miembros y con el equipo de cuidados. No todos los miembros del grupo familiar claudican a la vez, pueden responder con un nivel deficiente y ser compensados

por otro que se mantiene fuerte y orientado. Cuando todos en su conjunto son incapaces de dar una respuesta adecuada, estamos ante una crisis de claudicación familiar. Este puede reducirse a un episodio momentáneo, temporal o definitivo, manifestado por el abandono del paciente.

Factores desencadenantes de la claudicación familiar:

Discontinuidad de los cuidados.

Mala relación con el equipo de cuidados.

Abandono por profesionales con técnicas curativas.

Sobre identificación o cambios del equipo de cuidados.

Información contradictoria.

Mal control de síntomas.

Enfermedades oportunistas.

Accidentes.

Morbimortalidad de los cuidadores.

Muerte de un miembro de la familia del paciente.

Encarnizamiento o furor terapéutico: formas de tratamiento que prolonga la vida mediante el uso de tecnologías que no van a mejorar el estado del paciente y que ocasionan largas agonías que van en contra de la dignidad humana.

Descubrimiento de la “conspiración del silencio” situación extrema de incomunicación entre el paciente y los familiares donde se mantiene el secreto sobre el diagnóstico y que genera ansiedad e incomoda a todos los que participan en las tareas del cuidado provocando la instalación de la desconfianza mutua.

#### **B-4 Estrategias terapéuticas para evitar o minimizar la crisis de claudicación.**

a) Con relación al enfermo

- información y comunicación franca y honesta (enfermo – familia- equipo)
- escuche atentamente sus preocupaciones y prioridades
- relación de ayuda eficaz
- seguridad y continuidad en los cuidados
- tener en cuenta y respetar el rol familiar y social
- ritmo tolerable de deterioro físico y psíquico
- adaptación paulatina a las limitaciones producidas por la enfermedad
- apoyo sicoemocional
- participación en la planificación y evaluación de los cuidados y terapia
- información pausada y dosificada sobre el pronóstico y la evaluación

- espacio adecuado y tiempo suficiente para la expresión de emociones y sentimientos de duelo anticipado
- seguridad y protección física
- buen control de síntomas objetivos y subjetivos

b) Con relación a los miembros del grupo familiar

- inclusión de la familia y paciente como unidad a tratar
- escucha atenta de sus demandas y sugerencias
- darles tiempo para que asuman la situación
- información puntual, adecuada, honesta, comprensible y continua sobre la enfermedad y su evaluación
- entrenamiento y participación en las tareas de cuidado
- implicación del mayor número posible de miembros familiares
- facilitar el descanso en caso de agotamiento físico o psicológico del cuidador principal, ingresando al paciente si es necesario.
- entrenamiento para los técnicos de control de síntomas
- información sobre recursos disponibles en la comunidad
- fijar objetivos realistas, a corto y mediano plazo
- vivir y cuidar día a día
- reducir los efectos negativos de la conspiración de silencio en el paciente estimulando la comunicación entre los miembros.
- soporte y apoyo psicoemocional, individual y grupal
- facilitar la aclaración y resolución de conflictos en el seno familiar
- evitar juicios precipitados sobre la conducta familiar
- detectar patologías en otros miembros de la familia y recomendar la intervención de otros profesionales
- ayudar a la familia a utilizar sus propios recursos en la solución de sus problemas
- corrección y respeto en el trato
- afecto y disponibilidad en la relación.

Intervención terapéutica

- Rapport óptimo
- Desahogo emocional
- Información
- Técnicas conductuales
- Técnicas cognitivas

### **B-5 Actitud recomendada según el “momento” del paciente y su familiar.**

**Negación:** No discutir la negación, aceptar la ambivalencia, hablarle de nuestras percepciones sobre el estado del paciente de modo que puedan controlarlas con las suyas.

**Ira:** Fomentar la expresión de sus sentimientos, animarlos a que participen en la toma de decisiones sobre el mayor número posible de temas, así disminuye su sensación de falta de control sobre la situación.

**Pacto:** Mostrar una actitud respetuosa, sin trivializar ni criticar sus sentimientos de culpa y temores.

**Depresión:** Darles tiempo para llorar sus pérdidas, mostrando apoyo y respeto, sin miedo a que nos note conmovidos.

**Aceptación:** Facilitar sus rituales de despedida. Atreverse a hablar de cómo ven la muerte, de la transcendencia del momento, del sentido de la vida, etc.

### **B-6 Duelo**

El duelo es una reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe. Incluye componentes físicos, psicológicos y sociales, en una intensidad y duración proporcional a la dimensión y significado de la pérdida.

El duelo es el sentimiento, vivencia de dolor físico y psíquico intenso por la pérdida que supone la muerte de una persona afectiva importante. Se trata de un proceso adaptativo, es decir, que es un proceso normal, por lo que no se requiere, en principio, del uso de psicofármacos ni de intervenciones psicológicas para su resolución.

El sufrimiento depresivo del duelo es la expresión y la consecuencia del trabajo de liberación que se opera necesariamente después de la pérdida de un ser querido. Es la esencia misma del trabajo del duelo.

El duelo no comienza en el momento de la muerte, sino bastante antes, generalmente en el momento de hacerse el diagnóstico y emitido el pronóstico de incurabilidad; es el que llamamos duelo anticipado, que ayuda tomar conciencia de cuanto está sucediendo, a liberar los propios estados de ánimo y a programar el tiempo en vista de la inevitable muerte. Ofrece la oportunidad de prepararse para la despedida.

**Necesidad:** Es necesario transitar por este proceso para poder continuar viviendo, para separarse de la persona perdida conservando lazos diferentes con ella y para reencontrar la libertad de funcionamiento psicológico. Opera como ritual de despedida, consolidando la realidad de la pérdida, facilitando la expresión de apoyo, amor y solidaridad de la comunidad hacia los dolientes, significa constatar la separación del muerto de los vivos.

### **B-7 Fases del duelo**

a) Fase inicial de entumecimiento o protesta

Se caracteriza por sensaciones de shock paralizantes. Puede interrumpirse por brotes de malestar, angustia, miedo, cólera, etc.

b) Fase de anhelo y búsqueda de la figura perdida

Puede durar varios meses e incluso años. El llanto y la cólera son las expresiones habituales, caracterizadas por la preocupación por la persona perdida.

c) Fase de desorganización y desesperación

Desasosiego y falta de objetivos. Aumento de las preocupaciones somáticas. Reiterada reviviscencia de recuerdos

d) Fase de reorganización

Establecimiento de nuevos patrones y objetivos. El pesar cede y en su lugar surgen recuerdos apreciados, afectuosos, aumenta la productividad y la persona se sumerge en otras tareas.

### **B-8 Tipos de duelo**

a) Duelo anticipatorio

Expresando con anterioridad a la pérdida, puede ser beneficioso, excepto cuando es demasiado largo. Hicimos referencia a su aspecto positivo.

b) Duelo retardado, inhibido o negado

Se manifiesta en aquellas personas que, parecen mantener el control de la situación sin dar signos aparentes de sufrimiento. Es la expresión inhibida o negada, al no afrontarse a la realidad de la pérdida. La falsa euforia puede sugerir tendencia patológica.

c) Duelo crónico

El superviviente es absorbido por constantes recuerdos y es incapaz reinsertarse en la sociedad. Dura años.

### **B-9 Intervención y soporte a las personas en duelo.**

Objetivos.

- Mejorar la calidad de vida del sufriente.
- Disminuir el aislamiento social
- Disminuir el estrés
- Aumentar la autoestima
- Mejorar la salud mental y psicológica

Intervención terapéutica para la adecuada elaboración y manejo del duelo

a) Antes del fallecimiento

## b) Después del fallecimiento

## Antes del fallecimiento. Preparación para el duelo

1. Información sobre:
  - Anticipación de los cambios físicos y emocionales del paciente
  - Qué hacer cuando ocurra la muerte
  - Qué puede ocurrirle en la etapa del duelo
  - Recursos a nivel familiar, social comunitario
2. Técnicas de autocontrol y manejo de emociones
3. Técnicas de relajación
4. Implicación de los distintos miembros de la familia en el cuidado del enfermo, haciéndoles sentirse útiles
5. Apertura de los canales de comunicación entre el enfermo y la familia con el objetivo de maximizar la expresión de sentimientos y pensamientos entre ambos.
6. Mejorar la calidad de las relaciones familiares

## Después del fallecimiento:

- a) En ocasiones, el familiar después de la muerte del paciente, interpreta cualquier síntoma físico como indicio de la enfermedad (cancerofobia). Recalcar que es normal en todo proceso de duelo. Es importante desconfirmar mediante un examen médico la supuesta sintomatología.
- b) Dejar abierta la posibilidad de contactar con el equipo terapéutico, siempre que el familiar así lo desee.
- c) Informar de aquellos momentos de mayor vulnerabilidad emocional (aniversarios, navidad, vacaciones)
- d) Realizar visitas de duelo a los 10 días, 6 y 12 meses después del fallecimiento para comprobar que el duelo se está elaborando de forma normal.

**B-10 Signos de recuperación de un duelo.**

- a) La capacidad de recordar y de hablar de la persona perdida sin llorar ni desconcentrarse.
- b) La capacidad de establecer nuevas relaciones y de aceptar los retos de la vida.

## **C) Los niños. Aspectos psicológicos relacionados con la muerte.**

### **C-1 Para un niño la muerte siempre es la muerte de otro.**

1-3 años: La muerte equivale a “partir”. El temor a la muerte suele ir unido al temor a la separación de los padres, no la ven como algo inherente a la vida o al curso de los acontecimientos, sino la relacionan con hechos de violencia o accidentes.

4 años: Estar muerto equivale a estar dormido.

5-6 años: Piensan que morir no es definitivo y que las personas mayores, los padres especialmente, pueden protegerles contra cualquier peligro, incluida la muerte; sin embargo temen mucho lo que les puedan hacer los médicos y el quedar mutilados.

6 años en adelante: La edad de la muerte se hace cada día más realista, tienen cada vez más miedo a quedarse solos. Con harta frecuencia crean fantasías, adecuadas para su edad, sobre la vida después de la muerte. En la etapa escolar son más conscientes de lo que se imaginan los adultos de una muerte próxima.

5-9 años: Aparece la noción de la muerte personal.

10 años: La muerte es comprendida como una disolución corporal irreversible. La concepción es similar a la del adulto.

Adolescentes y jóvenes: Inmersos en una concepción de la vida por venir y en los compromisos asumidos con los grandes temas de la vida, la muerte queda de lado.

35-40 años: La noción de la muerte personal e inevitable, aparece junto con la de la temporalidad propia. Esta noción se transforma de una idea abstracta a un problema personal.

Para el niño la muerte es siempre la muerte de otro. Para el adulto maduro, la muerte del otro siempre se refiere a la propia.

### **C-2 Cuando el niño es el enfermo.**

Un niño significa vida; es un inicio pleno de esperanzas y de promesas, y la muerte siempre aparecerá como algo antagónico. Trabajar con niños moribundos es un desafío.

El niño que sabe que va a morir, tiene tal conciencia, no tanto por su intelecto como por su intuición. Se hace así, más fuerte, en sabiduría interna y en conocimiento intuitivo.

Estos niños realizan sus despedidas regalando las cosas que ellos quieren, por ejemplo: los juguetes. Hacen despedidas “ocultas” con familiares, amistades o el personal médico, que ellos saben van a sufrir con su muerte, comentarios como el siguiente: “al terminar las vacaciones y ustedes regresen, aquí estaré esperándolos”, sabiendo él que no será así.

También pueden despedirse viviendo el mecanismo de defensa de la regresión: cuentos de cuando eran pequeños, posición fetal, lecturas; en estos casos no deben negárseles el



consuelo pero tampoco caer en chantaje o manipulación porque debilitan al niño moribundo en vez de ayudarlo.

A los adolescentes les cuesta admitir que le atañe personalmente la experiencia definitiva de morir, la muerte llega cuando estaba adquiriendo autonomía e independencia. La enfermedad le retorna a una dependencia radical de sus padres, se cortan sus sueños y proyectos, rechazan la ayuda que se intenta proporcionárcele, por su amor propio y su necesidad de emancipación.

Los hermanos del niño enfermo pueden reaccionar primero con asombro, con rabia y envidia del trato que se le da al enfermo; después y al final con resentimiento. Pueden incluso volverse quejosos y padecer problemas psicosomáticos para llamar la atención y compartir los privilegios. Pueden desear que el enfermo muera para reanudar el ritmo de vida que llevaban antes. Al morir el hermano enfermo aparecen sentimientos de culpa.

#### Sintomatología:

Cuando la muerte está cerca pueden aparecer síntomas como: llanto, tristeza, silencios, no quiere conversar, nada le llama la atención, parece molestarle la presencia de sus allegados. A veces entra en franca independencia con el medio que lo rodea, tiene una afectividad plena, siente miedo, sufre por la separación de los seres queridos y cuando ve llorar a sus familiares se siente perdido. Es el momento en que deja de luchar y se entrega.

#### Intervención terapéutica:

- Hablarle siempre de manera honesta: normal, el niño sabe de antemano la verdad.
- Permitir que reaccione según su propio modo de ser: necesita la seguridad de que puede manifestar sus emociones.
- Respuesta a sus preguntas directas y simples: el cómo y cuándo lo sugiere él.
- Necesidad de despedirse: darle tiempo y oportunidad. Compartir las tristezas.
- Mantener viva la esperanza: real, no mágica, los niños entienden los valores trascendentales, espirituales.
- Seguir siendo buenos con nosotros y el resto de la familia: convivir con todos, no mimar excesivamente al enfermo, evitar sentimientos de culpa e impresiones negativas en los otros
- El enfermo necesita sentirse, no forzosamente seguro pero sí a salvo: que sepa que tiene a su lado una persona que ama.
- Darle participación a los hermanos en la tarea de decisiones, involucrados en la atención y cuidado del paciente; que se sientan útiles.

### **C-3 Cuando el enfermo es un ser querido para el niño**

Antes de los 10 años, en estos casos, los niños muestran sentimientos de tristeza, inquietud y soledad.

De 10-13 años se preocupan por el desequilibrio familiar y los adolescentes expresan deseos ambivalentes conflictivos: estar cerca del progenitor enfermo, por ejemplo y poder dedicarse a sus actividades.

Sentimientos que puede presentar un niño que pierde a un ser querido:

- Negación
- Malestares corporales
- Relación hostil contra el fallecimiento
- Culpa
- Relación hostil hacia los demás
- Sustitución
- Adopción de modales del fallecimiento
- Idealización
- Ansiedad
- Pánico

En tales casos se recomienda:

- a) Ayudarles a crear buenos recuerdos en momentos de tristeza, en vez de tratar de hacer a un lado, descartar u olvidar lo que ha sucedido.
- b) Darle su derecho a asistir a las honras fúnebres; quién murió fue alguien querido y si se trata de un familiar, el niño forma parte de la familia. Esto permite iniciar sanamente el proceso de duelo.

Intervención terapéutica. Normas.

- a) No mentir es esencial. Ofrecer respuestas con sinceridad; si no hay una respuesta, confesarlo.
- b) No decir algo de lo que tenga que retractarse
- c) No decir todo de una vez: verdades parciales de acuerdo a la edad cronológica, intelectual, emocional del niño. Medir lo que puede asimilar y necesita saber.
- d) Hable de la muerte antes de que el niño se vea involucrado emocionalmente en una situación de duelo. Aproveche pequeñas oportunidades:
  - Pasar frente al cementerio
  - Un animalito que se muere
  - La flor que se marchita

- e) No delegue la explicación en familiares no cercanos o vecinos.
- f) No ligar la muerte con el sueño, o con viajes que encierren una sensación de abandono
- g) No ligar una contrariedad con la muerte: “Tu indisciplina me va a matar”
- h) Si el adulto también es víctima de la pérdida, que no esconda su dolor, pues también es vulnerable y es legítimo compartir la tristeza.
- i) Dele la oportunidad de hablar de la persona que murió.
- j) Use la palabra muerte, elimine los eufemismos: “se nos fue, descansó, emprendió el viaje final”
- k) Refuerce la irreversibilidad de la muerte, no de pie a falsas expectativas de retorno.
- l) Si va a la escuela, avise al psicopedagogo o maestro para que los compañeritos brinden consuelo en vez de “tratar de distraerlo”.

#### **C-4 ¿Cómo hablar con los niños de la muerte?**

La preparación para la muerte es un proceso de educación permanente, de “maduración” a través de todas las etapas de la existencia, de la niñez a la vejez, pasando por la adolescencia y la adultez.

La actitud frente a la muerte varía con la edad biopsicológica:

- Escepticismo infantil
- Indiferencia juvenil
- Preocupación adulta
- Resignación de la vejez
- Indiferencia final

#### **D) El equipo multidisciplinario**

Los pacientes que padecen una enfermedad terminal y reciben cuidados paliativos, así como sus familiares, fuerzan nuestra propia confrontación con la pérdida; y cada uno de nosotros es más o menos vulnerable ante aspectos concretos del estrés al trabajar con el moribundo, por lo que debemos saber identificar los elementos estresores para desarrollar respuestas apropiadas.

Debemos, además, adquirir un estado de aceptación realista del impacto de la muerte y del morir y unas expectativas apropiadas de la ejecución de nuestro trabajo, acerca de la que

podemos o no hacer por los pacientes y su familia. Necesitamos reconocer nuestros sentimientos e intentar manejarlos.

Los profesionales de la salud atraviesan por un proceso emocional en el trabajo, con el moribundo, hasta sentirse cómodos en la atención a pacientes que afrontan la muerte.

### **D-1 Etapas del proceso emocional.**

a) Intelectualización: Conocimiento y ansiedad.

La confrontación inicial con la muerte y los moribundos se da en un plano mental. Se hace hincapié en los conocimientos profesionales, hechos e incluso, aspectos filosóficos, pero las conversaciones con las pacientes no son personales.

Está marcada por períodos de gran actividad, mientras se intenta manejar las ansiedades latentes a través de un entendimiento completo del ambiente, normas y procedimientos. Si no se controla la ansiedad, se abandona a los pacientes y familiares. La muerte es aún inaceptable.

b) Supervivencia emocional: trauma

El profesional experimenta un trauma acompañado a menudo de culpa y frustración. Al afrontar la realidad de la muerte inminente de los pacientes, deben de forma simultánea afrontar la realidad de su propia muerte. La confrontación de la muerte pasa al plano emocional, se siente. Se da cuenta que la muerte y el sufrimiento del paciente son inevitables y se siente traumatizado al experimentar esta realidad. Siente pena por los pacientes y se siente incómodo al contrastar su propia salud con la del paciente, lo que le genera sentimientos de culpa y frustración.

Depresión: dolor, pena, duelo.

Etapa crucial donde crece emocionalmente o se retira. El dominio de uno mismo “entre en juego” y éste requiere una aceptación de la muerte y una orientación hacia esta realidad. Acepta el hecho de que la muerte existe y se da cuenta de que su frustración no ayudará a los pacientes. Puede experimentar dolor, pena y sentimientos de pérdida. Si no acepta la muerte, abandonará.

d) Consecución emocional: moderación, mitigación, acomodación.

Liberación de los efectos debilitatorios de las etapas previas. Ya no se identifica con los síntomas del paciente y no le preocupa su propia muerte. No se siente culpable por su buena salud, ni se encuentra incapacitado por sentimientos depresivos. No significa que no experimente dolor al trabajar con moribundos, su sensibilidad se ha aguzado. A pesar de

sentir dolor, se ve libre de sus efectos incapacitantes. Presenta respuestas emocionales apropiadas, tiene sensibilidad para hacer el duelo y capacidad para recobrase.

e) Profunda compasión. Realización personal, conciencia personal, actualización personal.

Punto culminante de la maduración y el crecimiento previos. Aceptación total de la muerte inminente. Es capaz de relacionarse de forma compasiva con los moribundos. Pone de manifiesto comportamientos y actitudes realizados por la dignidad y respeto personal que se permite a él mismo, capacitándolo para dar dignidad y respeto al moribundo. Sabe, entiende y acepta que en ocasiones vivir puede ser más doloroso que morir. Su preocupación por el moribundo se refleja en actividades constructivas y apropiadas, basadas en una contribución humana y profesional de las necesidades del moribundo y sus familiares.

### **D-2 Síndrome de Burnout**

Mucho se ha escrito sobre el término estrés: Forma de relación del individuo con el entorno, en donde lo percibe como peligroso en la medida que siente que lo que éste demanda sobrepasa sus posibilidades o recursos.

Un término, relacionado con el estrés, pero más reciente, es el de Burnout que se define como “quemado”, “síndrome de quemamiento” o desgaste síquico en el trabajo. Es considerado una forma particular de estrés laboral, una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico. La mayoría de los autores lo interpretan como una respuesta al estrés ocupacional, crónico, con manifestaciones específicas:

- a) Agotamiento físico y/o psicológico. Es considerado el núcleo de este síndrome. Se caracteriza por una sobrecarga emocional seguida de agotamiento emocional. La persona se implica desde el punto de vista emocional en exceso y este trae como consecuencia, un agotamiento a este nivel, sintiendo que no puede dar más de sí, quedando “vaciada” emocionalmente.
- b) Actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás. Para protegerse de este sentimiento negativo la persona afectada desarrolla una actitud fría y despersonalizada en su relación con los compañeros de trabajo, pacientes, etc., utilizándolo como mecanismo de defensa; desarrollará un comportamiento árido, distanciado, demostrando una implicación mínima, siempre esperando lo peor de los pacientes, de los familiares de éstos y de la relación con los compañeros.
- c) Sentimientos de inadecuación a las tareas que ha de realizar. La persona se siente fracasada profesionalmente, con incapacidad para atender las demandas de su profesión (falta de realización personal).

Síntomas asociados al Síndrome de Burnout.

- a) Alteraciones psicósomáticas: fatiga crónica, dolores de cabeza frecuentes, problemas de sueño, úlceras u otros desórdenes gastrointestinales, pérdidas de peso, hipertensión, asma, dolores musculares (espalda y cuello), pérdidas de ciclos menstruales.
- b) Alteraciones conductuales: ausentismo laboral, abuso de drogas, aumento de conductas violentas, comportamiento de alto riesgo (conducción imprudente, etc.) incapacidad para relajarse, conflictos matrimoniales y familiares, tendencias suicidas.
- c) Alteraciones emocionales: distanciamiento afectivo, irritabilidad, celos, incapacidad para concentrarse, baja autoestima, deseos de abandonar el trabajo. Son las más frecuentes.
- d) Alteraciones defensivas: negación de las emociones, atención selectiva (supresión consciente de información) ironía, racionalización, desplazamiento de los afectos hacia otras situaciones o casos.

VARIABLES QUE INFLUYEN EN SU APARICIÓN.

- Motivos ideológicos: que le impulsaron a elegir la profesión.
- Trato directo con pacientes: se enfrenta en ocasiones con fracasos terapéuticos o con el mal pronóstico y a la vez le sensibilizan ante la muerte
- Volumen de trabajo y las presiones para realizarlo
- Falta de información: sobre el cometido que ha de realizar y de cómo se hace.
- Apoyo laboral: no parece suficiente, no cubre algunas necesidades emocionales y de compañerismo.
- Personales: responsabilidad ante la recuperación de sus pacientes (cae sobre sí el peso de los resultados)
- Entrenamiento profesional: excesivos conocimientos teóricos y escasos entrenamientos en habilidades prácticas. Inexistencia de aprendizaje de técnicas de autocontrol emocional y manejo de la propia ansiedad; falta de formación sobre el funcionamiento de las organizaciones en las que van a desarrollar su trabajo.

FACTORES ESTRESANTES

a) Provenientes del propio trabajo

- Producidas por el contacto continuo con personas enfermas y con familiares, casi siempre angustiados.
- Enfrentamiento continuo con la muerte y con los sentimientos intensos que le acompañan (amor, pérdida, impotencia)
- Ambigüedad de los roles: no está claro el correspondiente a cada profesional del equipo.

- Dificultad para integrar formas de trabajo nuevos con sistemas ya existentes.
- Permanencia de cuidados las 24 horas.
- Falta de tiempo
- Identificación con la experiencia del enfermo o con las personas en duelo.
- Límites de la profesión

b) Institucionales

- Conflictos interpersonales
- Conflictos con la administración
- Sobrecarga de trabajo
- Técnicas de cuidado inadecuadas o inapropiadas
- Falta de tiempo, espacio, recursos humanos y materiales.

c) En el propio profesional

- Características personales que se hacen más vulnerables al agotamiento emocional
- El idealismo
- La expectativa sobre sí mismo o sobre el trabajo
- Miedo a herir y ser herido
- Relaciones intensas con el enfermo y la familia de éste, rotas por el duelo
- Duelos sucesivos
- Pérdidas personales en el pasado y duelos no terminados
- Sentimiento de impotencia, de soledad y de identificación con el sufrimiento de los enfermos y sus familiares.
- Estresantes ajenos al trabajo como problemas familiares o sentimentales

Técnicas de gestión:

a) Individual

- Trabajar mejor en vez de trabajar más: pequeños cambios que hacen el trabajo menos estresante.
- Establecer objetivos realistas: adaptados a la realidad, que puedan alcanzarse, concretos.
- Hacer las mismas cosas de manera distinta: cambiar de rutina, por ejemplo, atender a los que nos producen más ansiedad a primera hora, cuando estemos más despejados.
- Hacer pausas: pequeños descansos.
- Tomar las cosas con más distancia: no llevar trabajo a casa, "interés distante", (equivalencia entre la objetividad y el acercamiento emocional)

b) Cuidarse a sí mismo además de a los otros.

- Acentuar aspectos positivos del trabajo: Pensar en los éxitos del trabajo
- Conocerse a sí mismo: Potenciar capacidades de introspección, conocer vuestras limitaciones y reacciones, autoanálisis de forma constructiva, aprender de los errores.
- Reposo y relajación: Aprender a relajarse física y mentalmente.
- Establecer las fronteras: Entre el trabajo y el hogar, no llevar trabajo a casa, ni en la cabeza ni en las manos.
- Mantener la vida privada: Buena ocupación del tiempo libre.
- Cambiar de trabajo: De departamento, de sección o incluso, de trabajo.

c) Social.

Solidaridad de los compañeros: los compañeros pueden ayudar reduciendo la tensión emocional, sustituyendo en las funciones estresantes (asistir a un enfermo determinado), afrontando la situación de forma diferente, comentarles la situación, dándole una visión distinta.

d) Institucional:

- División de trabajo: Romper con el trabajo en cadena, no hacer siempre lo mismo, facilitar cambios internos del personal.
- Limitar la contaminación del tiempo libre: En este tiempo no relacionarse con los pacientes o familiares, no hacerles visitas a la casa, evitar la sobreimplicación emocional del profesional con pacientes o familiares.
- Tomarse períodos de descanso: Promover la asistencia a cursos, jornadas, congresos, etc. Promover y favorecer la formación continuada.
- Tipo de relación de los trabajadores con los mandos o cargos superiores: Potencializar buenas relaciones entre los trabajadores y sus superiores, éstos deben comentar a los nuevos, las características del trabajo, riesgos de Burnout, experiencias personales y profesionales, poniéndose en guardia para detectar las primeras señales de alarma.



#### **4.9 Rehabilitación y Calidad de Vida en el paciente oncológico**

Después de establecido y consolidado nuestros programas de diagnóstico precoz y llegar hasta la atención al paciente paliativo que sin tener un tratamiento curativo debemos atender hasta sus últimas consecuencias y por lo tanto no podía faltar la labor a realizar en la rehabilitación del paciente oncológico que por su complejidad trataremos de sintetizar y crear la inquietud entre nuestros médicos comunitarios de como poder participar en tan importante recuperación en el radio de acción de todo paciente con cáncer.

Durante tiempos se usaron los indicadores de cantidad de vida como morbilidad y mortalidad, pero que en las actuales circunstancias no resultan útiles si no van acompañadas del concepto de calidad de vida; si los pacientes no viven más, al menos deben vivir mejor.

La calidad de vida significa muy diferentes cosas para muy diferentes personas y no sólo para los clínicos y los dirigentes sanitarios sino también para los pacientes. Es un término que se utiliza con criterios distintos en situaciones diversas.

En la calidad de vida participan elementos muy importantes, unos subjetivos y variables, donde prima lo personal y otros objetivos, invariables, observables, medies y cuantificables.

Al valorar la complejidad de dicho concepto debemos tener en cuenta sus componentes:

- Social
- Económica
- Afectivo.
- Laboral.
- Psicológico.
- Religioso.
- Espiritual.
- Físico.
- Cultural.
- Sexual.

Sabiendo esto, valorar la calidad de vida significa, básicamente evaluar:

- Estado de actividad física del paciente y el grado de cumplimentación de sus obligaciones domésticas, sociales y profesionales.
- Estado psicológico del paciente.
- Capacidad del enfermo para mantener relaciones afectivas interpersonales en los distintos ámbitos: conyugal, familiar, social y sexual-

- El propio juicio sobre sí mismo.

La calidad de vida es el corazón de la rehabilitación en el tratamiento del cáncer más las medidas de apoyo que utilizamos.

La rehabilitación es un proceso que comienza después del diagnóstico si una incapacidad está anticipada, después viene la rehabilitación durante la fase de tratamiento y después la rehabilitación del sobreviviente de cáncer.

Los médicos no debemos perder de vista que sus pacientes son personas con metas, sueños, esperanzas y preocupaciones. No solamente debe tener el mejor tratamiento para el cáncer si no también considerar el impacto que la enfermedad tiene sobre la forma de vida del paciente y ayudarlo a recuperar una vida normal o casi normal.

Para medir la calidad de vida existen múltiples instrumentos desde generales hasta específicos y desde la autoaplicación a la aplicación por un observador.

Para una valoración práctica hemos agrupado las principales localizaciones de cáncer y planteado los problemas funcionales, los problemas psicológicos, problemas sociales y los programas de rehabilitación; por último por su alta frecuencia le brindamos las orientaciones necesarias de las pacientes mastectomizadas, además de la rehabilitación por ejercicios del miembro superior afectado y que son de conocimiento del personal especializado.

El enfoque de trabajo de Los Equipos Básico de Salud se fundamenta en el diagnóstico oportuno de las afecciones susceptible de rehabilitación en personas grupos y familiares de su comunidad para favorecer su recuperación.

a) Intervención: Objetivos realistas e individualizados para cada paciente. Depende de las capacidades funcionales de los enfermos y del estadio de la enfermedad. La intervención puede ser preventiva , reconstructiva, de apoyo y paliativa.

- Preventiva: Disminuir el impacto de una incapacidad, prevenir mediante el entrenamiento y la educación del paciente Ejemplo: ejercicios en una mastectomizada.
- Reconstructiva: Ayudar a restablecer la mejor integridad física del paciente. Ejemplo: reconstrucción mamaria.
- Apoyo : Paciente con cuadros incapacitantes como consecuencia del cáncer y su tratamiento, y tiene que aprender a enfrentar esta situación. Ejemplo : laringectomizado para hablar.
- Paliativo: Proporcionar alivio, ayuda en el funcionamiento cotidiano y apoyo emocional a los pacientes con cáncer avanzado en los que la recuperación no es previsible.

Actualmente en el nuevo programa de atención Integral a la Familia se introduce la rehabilitación con base comunitaria y con técnicas simplificadas donde la familia juega un importante papel, participando y estimulando la autoestima con la incorporación de carácter social y laboral.

Es importante su inicio de manera precoz y que la rehabilitación este presente en todos los momentos de la atención Médica Integral

TABLA 23. CARCINOMA BRONCOGÉNICO

Problemas funcionales	Problemas psicológicos	Problemas sociales	Programa de rehabilitación
Problemas respiratorios pre-existentes. Cirugía: disminución de la funcionabilidad pulmonar y de la reserva respiratoria. Aumento de secreciones. Vicios de postura. Dolor post intervención o por la enfermedad.	Depresión. Ansiedad. Miedo. Pérdida de la imagen corporal. Miedo a la muerte. Síndrome ansioso por la insuficiencia respiratoria.	Deterioro de las condiciones generales que lo limitan en su jornada laboral.	Educación e información pre operatoria sobre técnicas de la respiración y tratamientos posturales. Aerosoles a presión negativa. Drenajes posturales. Ejercicios con brazos, troncos y piernas. Tratamiento del dolor.

TABLA 24. CÁNCER DE MAMA

Problemas funcionales	Problemas psicológicos	Problemas sociales	Programa de rehabilitación
<p>Alteraciones de la funcionalidad de la articulación escápulo humeral. Linfedema. Parálisis del plexo braquial. Problemas de estética, que afecta la esfera emocional. Complicación infecciosa de la herida. Dolor posterior en la cintura escápulo humeral, Lesión en nervios intercostales</p>	<p>Se pueden eliminar o disminuir con adecuada instrucción pre- operatoria y asistencia post- operatoria inmediata. Alteración de la imagen corporal por reacción emocional. Miedo por ser incapaz de afrontar la nueva situación. Sensación de no ser ya más mujer. Miedo a la aparición de nuevo de la enfermedad. y a una eventual extirpación de la otra mama. Reacciones de los familiares. Problemas con la vida sexual con su esposo y su maternidad. Problemas estéticos: prótesis definitiva: no se puede colocar antes de las 8 semanas de la intervención. Prótesis temporal se puede colocar inmediatamente.</p>	<p>Posible rechazo de los compañeros de trabajo. Dificultades con el trabajo y sobreprotección en el centro laboral.</p>	<p>Información pre- operatoria para darle confianza a la paciente de la eficacia del tratamiento. Evaluación correcta del área quirúrgica. Determinación psicológica de sus condiciones actuales. Movilización precoz y suave del miembro superior homolateral. Ejercicios de rehabilitación establecidos. Tratamiento del linfedema si aparece. Tratamiento antialgia si es necesario. Orientaciones ore las limitaciones después de la operación.. Ver al final.</p>

TABLA 25. CÁNCER GINECOLÓGICO

Problemas funcionales	Problemas psicológicos	Problemas sociales	Programa de rehabilitación
Fístulas, alteraciones de la función vesical, infecciones urinarias, hemorragias y complicaciones. Lesiones del plexo lumbo-sacro, con dolores, edema del miembro inferior, pérdida de peso, úlceras, fracturas óseas, necrosis.	Miedo a una eventual reaparición de la enfermedad y alteración de la vida sexual. Desilusión por no poder tener más hijos. Temor a no ser ya más mujer. Problema con el estoma. Necesidad de los familiares, especialmente el esposo.	Dificultad para la reinserción y mantenimiento del puesto de trabajo.	Información preoperatoria. Reeducación y tratamiento del eventual estoma. Reeducación vesical- Tratamiento del linfedema. Tratamiento del dolor.

TABLA 26. CÁNCER DE COLON-RECTO

Problemas funcionales	Problemas psicológicos	Problemas sociales	Programa de rehabilitación
Incontinencia fecal. Existencia del estoma: Estenosis Hemorragias Irritación Prolapso Gases Ruidos Olores Trastornos urinarios: Retención urinaria Déficit de la micción: Hombre: dificultad para la erección y eyaculación. Dolores perineales.	Conocimiento de la enfermedad. Pérdida de la imagen corporal. tendencia al aislamiento. Afectación de la vida sexual. Ideas hipocondriacas. Estoma: Fobia a los ruidos Fobia a los gases Fobia a las irritaciones	Disminución de las capacidades laborales. Problemas de dietas, gases e irritación.	Tres fases: información: Pre operatorio con el paciente y post-operatorio con el paciente y su familia. Prevención: Colocación de estoma. Instrucción al paciente sobre su manejo. Reducir la incontinencia fecal. Adecuada información sobre fármacos y alimentos que combaten el meteorismo. Tratamiento del dolor.

TABLA 27. CÁNCERES CERVICO FACIALES

Problemas funcionales	Problemas psicológicos	Problemas sociales	Programa de rehabilitación
<p>Déficit verbal por: glosectomía, laringectomía o pérdida total de la palabra.</p> <p>Desfiguración facial.</p> <p>Pérdida de la sensibilidad y disminución del oído, vista, olfato y tacto.</p> <p>Problemas en la alimentación.</p> <p>Alteración en la secreción de las glándulas salivares.</p> <p>Problemas dentales.</p> <p>Parálisis del nervio facial o espinal y sus consecuencias.</p> <p>Dolor.</p>	<p>Miedo por la desfiguración, olor, etc.</p> <p>miedo por rechazo de la familia.</p> <p>Alteración de la imagen corporal, pérdida de la voz con las consecuencias para su comunicación.</p> <p>Depresión y ansiedad.</p> <p>Reacción e inseguridad respecto a la cirugía, cirugía plástica y prótesis.</p>	<p>Desfiguración repugnante .</p> <p>Afectación de la fuerza y resistencia física.</p> <p>Dificultad de aprender nuevos medios de comunicación.</p>	<p>Reeducación del habla para laringectomizados.</p> <p>Facilitar prótesis.</p> <p>Tratamiento del estoma traqueal.</p> <p>Asistencia a las sondas nasogástricas, alimentación parenteral, la masticación y la salivación.</p> <p>Tratamiento del dolor.</p>

TABLA 28. CÁNCER DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Problemas funcionales	Problemas psicológicos	Problemas sociales	Programa de rehabilitación
<p>Presión intracraneana aumentada por crecimiento tumoral y edema cerebral.</p> <p>Progreso de la enfermedad .</p>	<p>Abatimiento en la personalidad.</p> <p>Crisis sicopáticas.</p> <p>Alteración de la ideación, torpeza, somnolencia.</p> <p>Incapacidad para tomar conciencia de su deterioro físico y moral.</p>	<p>Incapacidad e imposibilidad por parte de la familia de asistir al paciente.</p> <p>Dificultad o imposibilidad de reinserción en el ambiente escolar y laboral.</p>	<p>Fisioterapia.</p> <p>Empleo de corsés.</p> <p>Intensificación de la reeducación muscular.</p> <p>Ejercicios.</p> <p>Movilización segmentaria y técnicas.</p> <p>Reeducación vesical.</p>

TABLA 29. SARCOMAS ÓSEOS

Problemas funcionales	Problemas psicológicos	Problemas sociales	Programa de rehabilitación
<p>Amplia incisión muscular. Necrosis y sepsis. Contracturas musculares. Amputación con posible síndrome del miembro fantasma. Fracturas patológicas. Problemas de falta de crecimiento óseo en los niños. Limitaciones articulares del movimiento. Vicios posturales. Lesiones artrósicas. Linfedema, necrosis y esclerosis. Tensión muscular.</p>	<p>Aceptación de la nueva imagen corporal. Miedo a ser rechazado por las familias y amigos. Posible uso de mecanismo de defensa como la separación y el aislamiento. Miedo y ansiedad hacia la enfermedad. Posibles reacciones de los padres tales como: rechazo absoluto, hiperprotección o sentimientos de culpa.</p>	<p>Limitaciones físicas que conllevan limitaciones laborales. Necesidad de prótesis y muletas  . Su enseñanza.</p>	<p>Amputado: Reforzamiento del miembro sano. Movilización post-operatoria a los 3 ó 5 días de la intervención. Instrucción sobre el uso de muletas. Tratamiento del síndrome del miembro fantasma. Aplicación precoz de prótesis sustitutiva. General: Ejercicios para prevenir escoliosis y vicios posturales. Movilización precoz de la articulación próxima a la herida quirúrgica. Control de los trastornos del crecimiento de los niños.</p>

## RECOMENDACIONES A PACIENTES MASTECTOMIZADAS

1. Evitar cortarse las cutículas.
2. Debe usar guantes para manipular cuchillos, tijeras y para lavar y fregar.
3. Utilice dedal para coser.
4. Limpie la más mínima lesión en la piel con agua y jabón.
5. Emplee la mano opuesta del lado de la operación para abrir sobres y paquetes.
6. Evitar inyectarse en venas, intramuscular y subcutánea del lado afectado.
7. Si es posible utilizar jabón antiséptico para lavar el lado afectado.
8. Utilice ropas con las mangas anchas.
9. Consulte a su médico si ocurrieran quemaduras.
10. Tener mucho cuidado al afectar la axila, si es posible evite el rasurado, utilice con preferencia máquina eléctrica.

11. Mantener el brazo elevado del lado afectado mientras se encuentre sentada.
12. Puede aplicarse en el brazo afectado después del baño crema que contengan lanolina.
13. Evite cargar artículos muy pesado en el brazo afectado.
14. Evite llevar prendas como reloj, joyas y otras en el brazo afectado.
15. No debe dormir nunca sobre el lado operado.
16. Coloque una almohada debajo del codo y el antebrazo del lado afectado sobre el pecho al dormir.
17. Evite pincharse con las espinas de las flores.
18. No introduzca el brazo del lado operado dentro de un horno encendido.
19. No se debe tomar la tensión arterial en el lado afectado.
20. Evite tomar sol en exceso en los brazos, pecho y espalda.



## BIBLIOGRAFÍA

### PREVENCIÓN TERCIARIA

1. Nebot Sanz M T. Aspectos Psicoemocionales y Comunicación con el Paciente Terminal y su Familia. En: Espejo Arias M D. Cuidados Paliativos. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2000 .p. 189-196.
2. Larriva de Casares M V. Prevención y Tratamiento del Síndrome de Burnout. En: Espejo Arias M D. Cuidados Paliativos. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2000 .p. 243-249.
3. Murrillo E, Duque. La Calidad de Vida del Enfermo Neoplásico. En: Cortes - Funes, et al. Oncología Médica. Madrid: Libros Principis: Biblioteca Aula Medica; 1999.p. 1717-1732.
4. Sanz J, López Vega J M. El Paciente con Enfermedad Tumoral. En: Cortes - Funes, et al. Oncología Médica. Madrid: Libros Principis: Biblioteca Aula Medica; 1999.p. 1733-174.
5. Grau J. Calidad de Vida y Salud. Problemas en su Investigación. (Tesis de Especialidad de I Grado en Psicología de la Salud)- La Habana: ISCMH; 1997.
6. OMS. Asistencia Paliativa. En: Programas Nacionales de Lucha contra el Cáncer. Directrices sobre Política y Gestión. Ginebra: OMS; 1995.p. 82-86.
7. Grau J. Burnout. Una Amenaza a los Equipos de Cuidados Paliativos. Materiales del Taller del V Congreso Latinoamericano de Cuidados Paliativos. Concepción. Chile; 1998.
8. Chacón M. Burnout en Enfermería. Ponencia al Congreso Internacional de Dolor y Cuidados Paliativos. Puerto Vallarta. México; 1995.
9. Grau J, Lence J, Jiménez P J, et al. Calidad de Vida y Calidad de Muerte: La Atención Psicológica al Paciente Oncológico en el Marco de los Cuidados Paliativos. Premisa de un Proyecto Cubano. Psicología y Salud.: 1995; 5; 11-25.
10. González U, Grau J, Amarilla M A. La Calidad de Vida como Problema de la Bioética. Sus Particularidades en la Salud Humana. En: Acosta J R, editor. Bioética desde una Perspectiva Cubana. La Habana: Centro F. Varela; 1997.p. 279-85.
11. OMS. ¿ Qué Calidad de Vida?. Foro Mundial de la Salud 1996. 17 (4): 385-387.
12. Klusck Halmilton H, Bowen Rose M. Procedimientos de Enfermería. La Habana; 1990.p. 517-528.

13. Klusck Halmiton H, Bowen Rose M. Procedimientos de Enfermería. La Habana; 1990.p. 605-613.
14. Curso Internacional sobre Principios Básicos de Enfermería Oncológica. Salamanca. España; 1990 .p. 50-66.
15. Helman Samuel. Principles of Cáncer Management. Radiation Therapy. En; De Vita Vincent T, Samuel Hellman, Steven Rosenberg A. Cáncer. Principles and Practice of Oncology on CD-ROM. 6 ed. Philadelphia: Lippicott Williams and Williams; 2001.
16. Chu Edward, De Vita Vincent T. Principles of Cancer Management: Chemotherapy: En: Vita Vincent T, Samuel Hellamn, Steven Rosenberg A. Cancer. Principles and Practice of Oncology on CD-ROM. 6 ed. Philadelphia: Lippicott Williams and Williams; 2001.
17. Yahalon Joachim. Oncologic Emergencies. En: De Vita Vincent T, Samuel Hellman, Steven Rosenberg A. Cáncer. Principles and Practice of Oncology on CD-ROM. 6 ed. Philadelphia: Lippicott Williams and Williams; 2001.
18. Foley Kathleen M. Suppotive Care and Quality of Life. Pain. En: De Vita Vincent T, Samuel Hellman, Steven Rosenberg A. Cancer. Principles and Practice of Oncology on CD-ROM. 6 ed. Philadelphia: Lippicott Williams and Williams; 2001.
19. Gerber Lynn, Hicks, Shah Jay. Rehabilitation of the Cáncer Patient. En: De Vita Vincent T, Samuel Hellman, Steven Rosenberg A. Cáncer. Principles and Practice of Oncology on CD-ROM. 6 ed. Philadelphia: Lippicott Williams and Williams; 2001.
20. Knobf M T, Anderson S. Advance Practice Nurse and Physician Assistants in: Oncology Care. En: De Vita Vincent T, Samuel Hellman, Steven Rosenberg A. Cancer. Principles and Practice of Oncology on CD-ROM. 6 ed. Philadelphia: Lippicott Williams and Williams; 2001.
21. Castro Carpiño J, Agüero Vilches Y, Rodríguez Salas N. Complicaciones y Urgencias Especificas del Paciente Terminal. Rev Tratado de Medicina Interna. Medicine. 1995; 79: 3501-3510.
22. Vadell C, Fabregat X. Tratamiento de las Infecciones en el Paciente con Cáncer. Rev Tratado de Medicina Interna. Medicine. 1995; 79: 1677-1687.
23. González M B, Belon S. Urgencias Digestivas. Rev Tratado de Medicina Interna. Medicine. 1995; 79: 1669-1676.
24. Vera C D, Jiménez Cruz J F. Urgencias Urológicas. Rev Tratado de Medicina Interna. Medicine. 1995; 79: 1655-1668.

25. Yaya R, Porto Gulleros V. Urgencias Neurológicas. Rev Tratado de Medicina Interna. Medicine. 1995; 79: 1652-1659.
26. Murias A, Almenares J, García I, Molano F. Urgencias Respiratorias. Rev Tratado de Medicina Interna. Medicine. 1995; 79: 1660-1664.
27. HERNÁNDEZ Criado S, Bonaparte Revelta A, Gracia M, San Roman P, Huangui Farias, Plaza C Nohale, Arribas Blanco J M. Urgencias Oncológicas. Salud Rural 1998; 11:41-80.
28. Silva Marcelo M, Bilbao L Norberto. Cuidados Paliativos y Dolor Neoplástico. Rev Chilena de Curiza 1995; 47(5): 493-501.
29. Sanz Ortiz J. Editorial. El Problema de la Enfermedad Terminal. Neoplasia 1990; 7(6): 203-204.
30. Lenhard R E, Lawrence W, Kennon R S. Enfoque General del Paciente. En: Murphy G P, Lawrence W, Lenhard R E. Oncología Clínica. 2 ed. Washington: OPS-American Cancer Society; 1996.p. 45-75.
31. McTensan Robert J, Wallich David, Fauzy Fauzy I. Rehabilitación del Paciente con Cáncer y Medidas Generales de Apoyo. En: Murphy G P, Lawrence W, Lenhard R E. Oncología Clínica. 2 ed. Washington: OPS-American Cancer Society; 1996.p. 712-733.
32. Reig Ruiging E, García García A, Vázquez de la Torre M. Tratamiento del Dolor en el Paciente Oncológico. Rev Medicina Interna Medicine 1995; 79: 3521-3529.
33. García Carbonero I, Díaz Rubio E. Toxicidad Hematológica. En: Cortés-Funes, et al, editores. Oncología Médica. Madrid: Grupo Aula Médica S. A; 199.p. 1596-1597.
34. Martín M, Esteban C, Oruazabal M. Toxicidad Digestiva. En: Cortés-Funes, et al, editores. Oncología Médica. Madrid: Grupo Aula Médica S.A.; 1999.p. 1588-1596.
35. San Martín O. Alopecia. En: Cortés Funes, et al. editores. Oncología Médica. Madrid: Grupo Aula Médica S.; 1999.p. 1596-1597.
36. Arranz S. A, Santiago S.A. Toxicidad Urológica. En: Cortés-Funes et al. editores. Oncología Médica. Madrid: Grupo Aula Médica S.; 1999.p. 1610-1613.
37. Arranz S .A, González R. Toxicidad Gonadal. En: Cortés-Funes et al. editores. Oncología Médica. Madrid: Grupo Aula Médica S.; 1999.p. 1613-1616.
38. García Giron C, Fernández Y, Lara M A, Salinas P. Toxicidad Cardiovascular. En: Cortés-Funes et al. editores. Oncología Médica. Madrid: Grupo Aula Médica S.; 1999.p. 1598-1605.
39. Sole L A, Bellmunt B. Toxicidad Pulmonar. En: Cortés-Funes et al. Madrid: Grupo Aula Médica S.; 1999.p. 1616-1619.

40. Ventafridda V. Principios de Rehabilitación. En: Bonadonna G-, Robustelli Della Cuna. editores. Manual de Oncología Médica. C Habana: Editorial Científica Técnica; 1985.p. 972-978.
41. Battle Feliu J, Leon Carbonero A, González Beron M. Aspectos Actuales de la Poliquimioterapia. Rev Tratado de Medicina Interna Medicine; 1995; 79:3530-3541.
42. Cruz Hernández J J, Martín García G, García Palomino J J. Toxicidad Inducida por Fármacos Antineoplásicos. Rev Tratado de Medicina Interna Medicine; 1995; 79: 3542-3550.
43. Brond Marlen. Conferencia del Centenario del Consejo Internacional de Enfermería. 1999.
44. Sanz Ortiz J, Gómez Batisle J, Gómez Sancho M, Nuñez Olarte J M. Cuidados Paliativos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1993.p. 647-648.
45. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Manual de Procedimiento de Enfermería. Madrid; 1995: 654.
46. Sosa Denis R, Marrero Santana M. Cuidados Específicos de Enfermería. Cuidados de Confort. La Alimentación. Cuidados de la Boca. Problemas de Eliminación. En: Gómez Sancho M. Cuidados Paliativos: E Intervención Psicosocial en Enfermos Terminales. Canarias. ICEPSS; 1994.p. 203-227.
47. Astudillo W, Mendinueta C, Larraz M. La Labor de Enfermería con el Paciente Terminal. En Su: Cuidados del Enfermo en Fase Terminal y Atención a su Familia. Navarra. Educación en Salud; 1995.p. 77-85.
48. González Baron M, Ordoñez A, Feliu I, Zamora P, Espinosa E. Cuidados Paliativos. En Su: Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de Soporte en el Enfermo con Cáncer. Madrid: Editorial Médica Panamericana. S.A.; 1996.p. 701-710.
49. Astudillo W, Mendinueta C. Cuidados Paliativos. En Su: Atención Primaria en Biblioteca Básica. Madrid. PBM. S.L.; 1996.p. 610-625.
50. Sosa Despecialistamez R, et al. Papel de la Enfermera en los Cuidados Paliativos Rev Soc Española Dolor 1995: 45-48.
51. Gómez Sancho M, Ojeda Martínez M. Analgésicos Opiáceos. En: González Baron M, et al. Medicina Paliativa y de Soporte en el Enfermo con Cáncer. Madrid: Interamericana; 1995.p. 471-472.
52. Alonso López M C, López Clemente P, Valverde Iniesta J. Emergencias Metabólicas en Oncología. Rev Cáncer; 1992: 6(3): 76-86.

53. Salmon Sydney E, Bertin Joseph R. Principios de la Terapéutica del Cáncer. En: Bennett Claude J, Plumfred. Cecil. Tratado de Medicina Interna. 20 ed. C Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1998.p. 1190-1206.
54. Hahn Stephen M. Urgencias Oncológicas. En: Bennett Claude J, Plum Fred. Cecil. Tratado de Medicina Interna. 20 ed. C Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1998.p. 1206- 1214.
55. Longer Dan L. Estudio del Paciente con Cáncer. En: Fauci Anthony S, et al. Harrison Principios de Medicina Interna. 14 ed. Méjico: Editorial Ultra S. A. de C.V.; 1998.p. 561-568.
56. Slapak Chistopher A, Krife Donald W. Principios del Tratamiento del Cáncer. En: Fauci Anthony S, et al. Harrison Principios de Medicina Interna. 14 ed. Méjico: Editorial Ultra S. A. de C.V.; 1998.p. 596-611.
57. Gucalp Rasian, Dutcher Javice. Urgencia Oncológicas. En: Fauci Anthony S, et al. Harrison Principios de Medicina Interna. 14 ed. Méjico: Editorial Ultra S. A. de C.V.; 1998.p. 715-724.
58. Capizzi Robert L. Principles of Treatment of Cancer. En: Stein Jay H, editor. Internal Medicine. 4 ed. Missouri: Mosby –Year Book; 1994.p. 707-729.
59. Ruiz Gómez Reig E, García García A, Vázquez de la Torre M. Tratamiento del Dolor en el Paciente Oncológico. Rev Tratado de Medicina Interna Medicine 1995; 79: 3521-3529.
60. Gómez Sancho M. Los Niños y la Muerte I. Cuando el Niño es el Enfermo. Los Niños, la Violencia y la Muerte. En Su: Cuidados Paliativos: Atención Integral a Enfermos Terminales. Canarias: ICEPSS; 1998.p. 1035-1054.
61. Gómez Sancho M. Los Niños y la Muerte II. Cuando el Enfermo es un ser Querido para el Niño. En Su: Cuidados Paliativos: Atención Integral a Enfermos Terminales. Canarias: ICEPSS; 1998.p. 1035-1054.
62. Marique de Lara y del Río Beatriz. El Psicologo y las Necesidades Psicológicas. En: Gómez Sancho M. Cuidados Paliativos: Atención Integral a Enfermos Terminales. Canarias: ICEPSS; 1998.p. 825-844
63. Grau Abalo Jorge. La Calidad de Vida en el Enfermo de Cáncer Avanzado. En: Gómez Sancho M. Cuidados Paliativos: Atención Integral a Enfermos Terminales. Canarias: ICEPSS; 1998.p. 221-234.
64. Nuñez de Villavicencio F. Psicología y Salud. En Su: Psicología y Salud. C Habana: Editorial Ciencias Médicas; 201.p. 219-223.

65. González Menéndez R. Psicología para Médicos Generales. 2 ed. C Habana: Editorial Ciencia- Técnica; 1984.p. 45-50.
66. Gómez Sancho M. Control de Síntomas en el Enfermo de Cáncer Terminal. 2 ed. Canarias: Asta Médica S.A.; 1992.p. 77-80.
67. Gómez Sancho M. Control de Síntomas en el Enfermo de Cáncer Terminal. 2 ed. Canarias: Asta Médica S.A.; 1992.p. 81-84.
68. Navarro Marrero M A. Síndrome de Agotamiento y Estrés de los Profesionales (Burn-Out) En: Gómez Sancho M. Cuidados Paliativos: Atención Integral a Enfermo Terminales. Canarias: ICEPSS; 1998.p. 893-900.
69. Gómez Sancho M. Atención en el Proceso del Duelo I. Significado: Duelo y Luto. Fases del Duelo. En Su: Cuidados Paliativos: Atención Integral a Enfermos Terminales. Canarias. ICEPSS; 1998.p. 987-1002.
70. Gómez Sancho M. Atención en el Proceso del Duelo II. Factores que Condicionan su Evolución. Morbilidad en el Duelo. En Su: Cuidados Paliativos: Atención Integral a Enfermos Terminales. Canarias. ICEPSS; 1998.p. 1003-1008.
71. Gómez Sancho M. Atención en el Proceso del Duelo III. Tipos de Duelos. Intervención y Soporte a las Personas en el Duelo. En Su: Cuidados Paliativos: Atención Integral a Enfermos Terminales. Canarias. ICEPSS; 1998.p. 1019-1034.
72. Gómez Sancho M. ¿Cómo Dar las Malas Noticias en Medicina? . Madrid: Grupo Aula Médica. S.A.; 1999.
73. Rosenotein Ster. Diccionario de Especialidades Farmacéuticas. Colombia: Editorial PLM. S.A.; 1999.
74. Llorente M D, Bueno Errandonea B. Principios Generales del Control de Síntomas. El Dolor En: Espejo Arias M D. Cuidados Paliativos. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2000.p. 55-99.
75. López Martínez de Pinillos R, Nesparl Gaztelumendi M, Rexach Cano L, Gómez Navarro R, Pérez de Lucas N. Cuidados Paliativos en Atención Primaria. En: Espejo Arias M D. Cuidados Paliativos. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2000.p. 130-173.
76. Department of Health and Human Services. El Control del Dolor Causado por el Cáncer. Guía para el Paciente. Rockville: AHCPH Publication; 1994.
77. OMS. Alivio del Dolor en el Cáncer. 2 ed. Ginebra: OMS; 1996.p. 1-36.

78. Albor G I, Artiach M A, De Diego M J, Fidalgo A L, Ramírez M V. Resultados del Programa de Cuidados Paliativos en el Equipo de Atención Primaria. Rev Salud Rural; 1997; 4: 87-91.
79. Pereira J, Bruera. Manual de Cuidados Paliativos de Edmonton. Edmonton; Universidad de Alberta; 1997.p. 7-78.
80. Aguilar Morales J, Aguiar Bujarda E. Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico del Cáncer. En: Gómez Sancho. Cuidados Paliativos: Atención Integral a Enfermos Terminales. Canarias: ICEPSS ; 1998.p. 109-118.
81. Hernández Martín M. Tratamiento Anti Cáncer. Radioterapia. En: Gómez Sancho Marco: Canaria: ICEPSS; 1998.p. 119-132.
82. Hernández Romero J. Tratamiento Anti Cáncer. Cirugía. En: Gómez Sancho Marco: Canarias: ICEPSS; 1998.p. 133-146.
83. Fisher, Ross, Maclean J. Maintaining Comfort. En Su: A Guide to End-of-life Care for Seniors. Ottawa: Tri-Co Printing Inc; 2000.p. 31-80.
84. Asociación Española Contra el Cáncer. Manual de Cuidados Paliativos. Madrid: AECC; 1994.p. 7-99.
85. Asociación Española Contra el Cáncer. Manual de Psicología. Madrid: AECC; 1994.p. 7-40.
86. Asociación Española Contra el Cáncer. Manual de Enfermería. Madrid: AECC; 1994.p. 12-40.
87. Asociación Española Contra el Cáncer. Manual de Voluntarios. Madrid: AECC; 1994.p. 35-57.
88. Jacox A, Carr D, Payne R. Manejo del Dolor por Cáncer. Rockville: AHCPR Puclicación; 1994.p. 39-72.
89. Department of Health and Human Services. Management of Cáncer Pain: Adults. Rockville: AHCPR; 1994.p. 1-20.
90. Benítez del Rosario M. Uso de Fármacos en Cuidados paliativos. Vías de Administración. En: Gómez Sancho. Cuidados Paliativos: Atención Integral a Enfermos Terminales. Canarias: ICEPSS; 1998.p. 369-392.
91. Gómez Sancho M. Alivio del Dolor I. Principios generales. Uso de Analgésicos. Aspectos Emocionales. Causas de Fracaso. En Su: Cuidados Paliativos: Atención Integral a Enfermo Terminales. Canarias: ICEPSS; 1998.p. 369-392.

92. Fernández Rebolledo R. Alivio del Dolor II. Analgésico Periféricos. En: Gómez Sancho M. Cuidados Paliativos: Atención Integral a Enfermos Terminales. Canaria: ICEPSS; 1998.p. 393-406.
93. Gómez Sancho M. Alivio del Dolor III. La Morfina: Mitos y Realidades. En Su: Cuidados Paliativos: Atención Integral a Enfermo Terminales. Canarias: ICEPSS; 1998.p. 407-438.
94. De Simone G. Alivio del Dolor IV. Farmaco Co- Analgésicos. En: Gómez Sancho M. Cuidados Paliativos: Atención Integral a Enfermo Terminales. Canarias: ICEPSS; 1998.p. 439-452.
95. Ojeda Martin M. Síntomas Gastrointestinales I. Nauseas y Vómitos. En: Cuidados Paliativos: Atención Integral a Enfermo Terminales. Canarias: ICEPSS; 1998.p. 523-536.
96. Instituto Nacional de Cáncer. La Radioterapia y Usted. Guía de Auto-Ayuda durante el Tratamiento: Bethesda: NIH Publication; 1982.
97. Instituto Nacional de Cáncer. El Tratamiento de Radioterapia. Guía para el Paciente Durante el Tratamiento: Bethesda: NIH Publication; 1992.
98. Instituto Nacional de Cáncer. La Quimioterapia y Usted. Guía de Auto-Ayuda durante el Tratamiento: Bethesda: NIH Publication; 1994.
99. Instituto Nacional de Cáncer. Datos sobre el Tratamiento de Quimioterapia contra el Cáncer. Bethesda: NIH Publications; 1992.
100. OMS. Programas Nacionales de Lucha contra el Cáncer. Directrices sobre Política y Gestión. Ginebra: OMS; 1995.
101. Marrinello Vidaurreta Z. Diagnóstico Psicológico del Paciente Neoplásico. En Su: El Diagnóstico del Cáncer. C Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1999.p. 205-208.
102. Marrinello Vidaurreta Z. Atención del Paciente con Cáncer Avanzado. En Su: El Diagnóstico del Cáncer. C Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1990.p. 209-226.
103. Marrinello Vidaurreta Z. Principios Generales del Tratamiento del Cáncer. En Su: Diagnóstico del Cáncer. C Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1990.p. 2027-230.
104. Olivia Palomino M. Complicaciones en Oncopediatría. Camagüey: Impreso en el Centro Gráfico de Reproducciones; 2001.
105. Olivia Palomino M. Manual Oncopediatría. Camagüey: Impreso en el Centro Gráfico de Reproducciones; 2002.
106. Carreras Ruiz O. Cáncer: Auto Ayuda. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 1996.p. 61-75.



107. Baltezer I, Berkery R. Oncology Pocket Guide to Chemotherapy. St. Louis: Mosby-Year Book, Inc.; 1994.p. 19-167.
108. Olivia Palomino M. Semiología Pediátrica. 2 ed. Ciego de avila: Unidad Gráfica Evelio Rodríguez Curbelo; 1999.
109. Pizzo Philip A, Poplack David G. Principles and Practice of Pediatric Oncology. 2 ed. Philadelphia: J. B. Lippincott Company; 1993.
110. Cotran R S, Kumar U, Collins T. Neoplasias. En Su: Robbins Patología Estructural y Funcional. 6 ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1999.p. 227-342.
111. Ablin Arthur R. Supportive care of Children with Cancer. 2 ed. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1997.
112. Crist Williams R. Neoplasias y Tumores. En: Behsonan R E. Nelson Tratado de Pediatría. 15 ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1998.p. 1801-1846.
113. OMS. Alivio del Dolor y Tratamiento Paliativo en el Cáncer Infantil. Ginebra: OMS; 1999.p. 15-80.
114. Ojeda Martin M, et al. Control de Síntomas en el Enfermo de Cáncer Terminal. Madrid: ASTA Médica S.A.;1995.p. 7-75.
115. Cabezas Cruz E, Herrera Alcazar V, Ortega Blanco M, Santiesteban Alba S. Cáncer de Mama y Cáncer de Cuello Uterino. En Su: Procederes en Obstetricia y Ginecología para el Médico de la Familia. La Habana; 1998.p. 41-45.
116. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención al Dolor y Cuidados Paliativos al Paciente Oncológico. La Habana: MINSAP; 1997.
117. Ojeda Martín M. Síntomas Gastrointestinales II. Estreñimiento, Obstrucción Intestinal, Diarrea y Síndrome de Aplastamiento Gástrico. En: Gómez Sancho M. Cuidados Paliativos: Atención Integral a Enfermos Terminales. Canarias: ICEPSS; 1998.p. 537-548.
118. García Rodríguez E. Síntomas Respiratorios I. Disnea e Hipo. En: Gómez Sancho M. Cuidados Paliativos: Atención Integral a Enfermos Terminales. Canarias: ICEPSS; 1998.p. 549-560.
119. Marrero Martín M, Ojeda Martín M. Síntomas Urinarios. En: Gómez Sancho M. Cuidados Paliativos: Atención Integral a Enfermos Terminales. Canarias: ICEPSS; 1998.p. 571-580.
120. Navarro Marrero M. Síntomas Neurológicos: Delirio, Agitación e Insomnio. En: Gómez Sancho M. Cuidados Paliativos: Atención Integral a Enfermos terminales. Canarias: ICEPSS; 1998.p. 591-600.

121. Guerra Mesa A, García Cabrera E. Síntomas Sistémicos: Anorexia, Caquexia, Debilidad Pérdida de Peso. En: Gómez Sancho M. Cuidados Paliativos: Atención Integral a Enfermos Terminales. Canarias: ICEPSS; 1998.p. 615-626.
122. Aguilar Morales J, Aguilar Bujanda D. Síndromes Neoplásico. Urgencias Oncológicas.En: Gómez Sancho M. Cuidados Paliativos: Atención Integral a Enfermos Terminales. Canarias: ICEPSS; 1998.p. 627-638.
123. Gómez Sancho M, Reig E. Uso de la Morfina. Madrid: Fernández Ciudad. S.L.; 1997.p. 45-132.
124. Hahn M S. Urgencia Oncológico. En: Bennett Claude J, Plum F, editores. Cecil. Tratado de Medicina Interna. 20 ed. C Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1988.
125. Glick J H, Glover D. Urgencias Oncológicas. En: Murphy G, Lawrence W, Lenhard R E. Editores. Oncología Clínica. 2 ed. Washington: OPS-American Cancer Society; 1996.p. 670-694.
126. Whitman-Obert H. Taking Care of Yourself a Self-Help Guide for People With Cáncer. Health Facts for you. University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority. Madison; 1999.p. 5166.
127. Whitman-Obert H. Taking Care of Yourself a Self-Help Guide for People With Cáncer. Spreading to the Brain. Health Facts for you. University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority. Madison; 1997.p. 5167.
128. Whitman-Obert H. Taking Care of Yourself a Self-Help Guide for People With fluid on the Abdomen. Health Facts for you. University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority. Madison; 1997.p. 5168.
129. Whitman-Obert H. Taking Care of Yourself a Self-Help Guide for People With Bowel Obstruction. Health Facts for you. University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority. Madison; 1997.p. 5169.
130. Whitman-Obert H. Taking Care of Yourself a Self-Help Guide for People With Constipation Obstruction. Health Facts for you. University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority. Madison; 1997.p. 5170.
131. Whitman-Obert H. Taking Care of Yourself a Self-Help Guide for Cáncer Patientes Who Develop Moderate to Severe Pain. Health Facts for you. University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority. Madison; 1997.p. 5171.
132. Whitman-Obert H. Taking Care of Yourself a Self-Help Guide for Patientes with Spinal Cord Compression. Health Facts for you. University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority. Madison; 1997.p. 5173.

133. Whitman-Obert H. Taking Care of Yourself a Self-Help Guide for Patients with Cáncer Spread to the Bones. Health Facts for you. University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority. Madison; 1997.p. 5174.
134. Whitman-Obert H. Taking Care of Yourself a Self-Help Guide for Cancer Patients With Infection. Health Facts for You. University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority. Madison; 1997.p. 5175.
135. Whitman-Obert H. Taking Care of Yourself a Self-Help Guide for Cancer Patients With Superior Vena Cava Syndrome. Health Facts for You. University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority. Madison; 1997.p. 5175.
136. Whitman-Obert H. Taking Care of Yourself a Self-Help Guide for Cancer Patients With Hypercalcemia. Health Facts for you. University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority. Madison; 1997.p. 5175.
137. Whitman-Obert H. Taking Care of Yourself a Self-Help Guide for Cancer Patients With Spreading to the Liver. Health Facts for you. University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority. Madison; 1997.p. 5178.
138. Whitman-Obert H. Taking Care of Yourself. An Information Guide for Patients With Prostate Cáncer. Health Facts for You. University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority. Madison; 1997.p. 5179.
139. Whitman-Obert H. Taking Care of Yourself. An Information Guide for Patients With Breast Cancer. Health Facts for you. University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority. Madison; 1997.p. 5180.
140. Whitman-Obert H. Taking Care of Yourself. An Information Guide for Patients With Lung Cáncer. Health Facts for you. University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority. Madison; 1997.p. 5181.
141. Whitman-Obert H. Taking Care of Yourself. An Information Guide for Patients With Colon Cáncer. Health Facts for you. University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority. Madison; 1997.p. 5182.
142. Whitman-Obert H. Taking Care of Yourself a Self-Help Guide for Cáncer Patients With Fluid on the Lung. Health Facts for you. University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority. Madison; 1997.p. 5183.
143. Rosenthal Paul E. Cancer. Related Emergencies En: Lenhard R E, Osteen R T, Gansler T. Clinical Oncology. Atlanta. Georgia. The American Cáncer Society's with Companion CD-ROM; 2001.p. 733-764.

144. Stratton Hill C, Ckendand Charles S, Guststein Howard B. Effective Pain Treatment in Cáncer Patients. En: Lenhard R E, Osteen R T, Gansler T. Clinical Oncology. Atlanta. Georgia. The American Cáncer Society's with Companion CD-ROM; 2001.p. 765-810.
145. Varricehio Claudette G, Aziz Noveen. Rehabilitation and Survivorship. En: Lenhard R E, Osteen R T, Gansler T. Clinical Oncology. Atlanta. Georgia. The American Cancer Society's with Companion CD-ROM; 2001.p. 823-826.
146. Roth Andrew J, Massie Mary J. Psychiatric Complications in Cáncer Patients En: Lenhard R E, Osteen R T, Gansler T. Clinical Oncology. Atlanta. Georgia. The American Cancer Society's with Companion CD-ROM; 2001.p. 837-852.
147. Fleming Irvin D, Brady Luther W, Mieszkalki Glemn B, Cooper Robert M, Cooper Michel R. Bases de los Pricipales Tratamientos Actuales del Cáncer. En: En: Lenhard R E, Osteen R T, Gansler T. En: Murphy Gerald P, Laerence Walter, Leanhard Raymond E. Oncología Clínica. Atlanta. Georgia. OPS-American Cancer Society; 1996.p. 110-153.
148. Pfeifer John D, Wick Marck R. Pathologic Evaluation of Neoplastic Disease. En: Lenhard R E, Osteen R T, Gansler T. Clinical Oncology. Atlanta. Georgia: The American Cancer Society's with Conmpanion CD-ROM; 2001.p. 123-148.
149. Yaeger Theodore E, Brady Luther W. Basis for Current Major Cancer Therapies: Surgical Therapies. Introduction En: Lenhard R E, Osteen R T, Gansler T. Clinical Oncology. Atlanta. Georgia: The American Cancer Society's with Companion CD-ROM; 2001.p. 159.
150. Fleming Irvin D. Basic for Current Major Cancer Therapies: Surgical Therapy. En: Lenhard R E, Osteen R T, Gansler T. Clinical Oncology. Atlanta. Georgia: The American Cancer Society's with Companion CD-ROM; 2001.p. 160-164.
151. Mieszkalski Geenn B, Brady Luther W, Yaeger Theodore E, Clas Reiner. Basic for Current Major Cancer Therapies: Radiotherapy. En: Lenhard R E, Osteen R T, Gansler T. Clinical Oncology. Atlanta. Georgia: The American Cancer Society's with Companion CD-ROM; 2001.p. 165-174.
152. Cooper Robert M, Cooper Michael R. Basic for Current Major Cancer Therapies: Systemic Therapy. En: Lenhard R E, Osteen R T, Gansler T. Clinical Oncology. Atlanta. Georgia: The American Cancer Society's with Companion CD-ROM; 2001.p. 175-214.

153. Rosenthal Paul E. Complications of Cancer and Cancer Treatment. En: Lenhard R E, Osteen R T, Gansler T. Clinical Oncology. Atlanta. Georgia: The American Cancer Society's with Companion CD-ROM; 2001.p. 231-250.
154. Stralton Hill C. Tratamiento Eficaz del Dolor en el Paciente con Cáncer. En: Murphy Gerald P, Lawrence W, Lenhard R E. Oncología Clínica. 2 ed. Atlanta. Georgia. OPS-American Cancer Society; 1996.p. 735-767.
155. Jane Massie Mary, Spiegel Ladd, Ledenberg Marquerite S, Holland Jimie C. Complicaciones Psiquiátricas en los Pacientes con Cáncer. En: Murphy Gerald P, Lawrence W, Lenhard R E. Oncología Clínica. 2 ed. Atlanta. Georgia. OPS-American Cancer Society; 1996.p. 768-783.
156. Sime Joseph V. Introducción. Oncología. En: Bennett Claude J, Plum fred. Cecil Tratado de Medicina Interna. 20 ed. C. Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1998.p. 1153-1158.
157. Díaz Hernández O. Método Red como Alternativa en el Tratamiento del Linfedema Post – Mastectomía. Rev. Cubana Cir. 2000; 39 (1) : 38 – 46.
158. Sanz Ortiz J. Situación de la Asistencia Oncológica, cuidados Paliativos. En su Libro Blanco de la Oncología en España. Madrid. Fundación Española de Sociedades Oncológica, 2002 .p. 167-177.
159. Mashford ML, et al Therapeutic Guidelines: Palliatives Care. Victoria. Australia; Printed by Mc Pherson's Printing Group, 2001. P. 115-223.
160. Ministerio de Salud Pública. Formulario Nacinal de Medicamentos. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2003.
161. González Herández MJ, Gonzáles Navarro A, Evaluación y Tratamiento del Dolor Oncológico. 2ed. Madrid: Imprenta de la Comunidad de Madrid, 1995.
162. Hernanz R. Farmacoterapia Básica en la Paliación. En: Astudillo W, Morales A, Clave E, Cabares A, Urdaneta E. Avances Recientes en Cuidados Paliativos. 1ed. España. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 2002.p. 89-110.
163. Instituto Nacional del Cáncer. Control del Dolor: Guía para las personas con Cáncer y sus familiares. Bethesda: National Cancer Institute. American Cancer Society, 2000. 1-62.
164. Reyes mendez MC; Dolor. En: Soriano García JL, Gálan Alvarez Y, Guerra Gi, M, eds. Guía de Recomendaciones: Diagnóstico y Tratamiento: Cáncer. Ciudad de la Habana: SOCECAR, 2004: 54-60.

165. Lizon J. La Atención Integral en Oncología. En: 1er Simposio SEOM de Cuidados Continuos en Oncología Médica; Toledo. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004.p.5-9.
166. Cassinello J. Aspectos Actuales y Controversias en el Tratamiento del Dolor Oncológico. 1er Simposio SEOM de Cuidados Continuos en Oncología Médica; Toledo. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004. P. 30-33.
167. Murillo E. Sintomas Prevalente: Astenia Tumoral. 1er Simposio SEOM de Cuidados Continuos en Oncología Médica; Toledo. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004. P. 34-35.
168. Guillen V. Tratamientos de las Metástasis Osea. 1er Simposio SEOM de Cuidados Continuos en Oncología Médica;Toledo.Ministerio de Sanidad y Consumo;2004.p. 67
169. Benavides M.M. Compresión Médular. 1er Simposio SEOM de Cuidados Continuos en Oncología Médica; Toledo. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004 .p. 73-77.
170. Ministerio de Salud Pública. Anteproyecto del Programa de Atención Médica Integral a la Familia. MINSAP. Ciudad Habana 2004.
171. Ministerio de Salud Pública.Programa de Atención Médica Integral a la Familia. MINSAP. Ciudad Habana 2004.