

TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS

Dr. Arturo Meza Herrera
Medicina Paliativa y
Manejo Integral del Dolor
Agosto, 2025

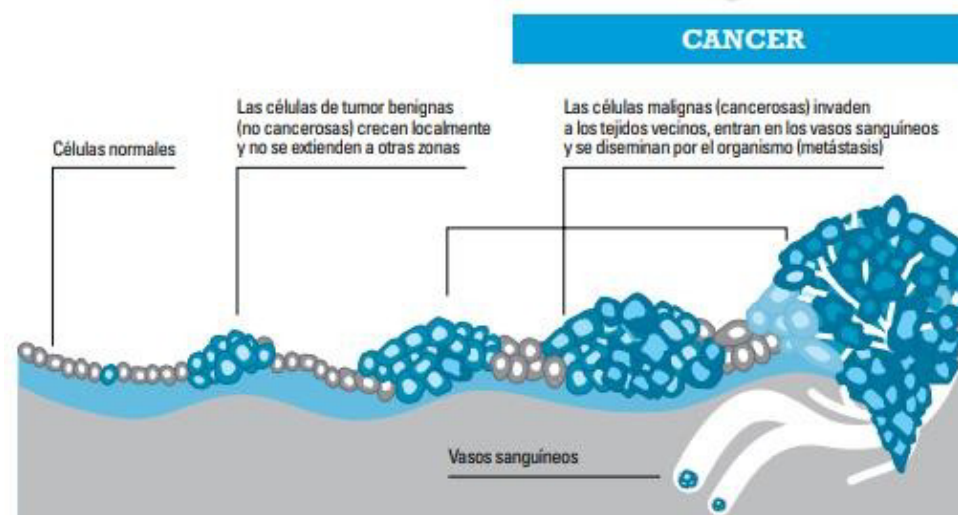
Generalidades de la enfermedad oncológica

CONCEPTOS GENERALES

CÁNCER

Cáncer es un término que se usa para referirse a enfermedades donde existen células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir otros tejidos. Algunos tipos de cáncer pueden ser curables si se diagnostican y tratan oportunamente, y otros cánceres pueden ser evitables como el cáncer de cérvix.

Hay más de 100 tipos de cáncer. La mayoría de ellos toman el nombre del órgano, de los tejidos o las células en donde empiezan; por ejemplo, el cáncer que se origina en el estómago se llama cáncer de estómago, etc. Linfoma es un tipo de cáncer que se origina en el sistema linfático y leucemia es el cáncer que empieza en los glóbulos blancos (leucocitos) (Instituto Nacional de Cáncer, 2013).



CONCEPTOS GENERALES

Adenocarcinoma:

Cáncer que empieza en las células glandulares (secretoras).

Adenoma:

Tumor no canceroso que comienza en las células similares a glándulas del tejido epitelial

Cáncer avanzado:

Se ha diseminado hasta otros lugares del cuerpo y que, por lo general, no se puede curar ni controlar por medio de tratamiento.

Cáncer infiltrante/invasivo:

Se diseminó más allá de la capa de tejido en la cual comenzó y crece en los tejidos sanos que la rodean.

Cáncer metastático:

Cáncer que se ha diseminado desde el lugar donde empezó a otras partes del cuerpo.

Cáncer recurrente

Cáncer que ha recurrido (volvió), por lo general después de un tiempo durante el cual el cáncer no pudo detectarse.

CONCEPTOS GENERALES

Cáncer resistente

Cáncer que no responde al tratamiento.

Carcinogénesis

Proceso por el cual las células normales se transforman en células cancerosas.

Carcinoma in situ

Cáncer que incluye sólo las células del tejido en que empezó y que no ha diseminado a los tejidos circundantes.

Carcinoma

Cáncer que empieza en la piel o en los tejidos que revisten o cubren los órganos internos.

Factor de riesgo

Algo que puede aumentar la probabilidad de padecer de una enfermedad.

Nódulo

Crecimiento o masa que puede ser cancerosa o no cancerosa.

CONCEPTOS GENERALES

Melanoma:

Es el que se origina en los melanocitos, células que dan color a la piel.

Sarcoma:

Cáncer originado en el tejido conjuntivo o de sostén como el hueso, cartílago, grasa o tejido.

Leucemia:

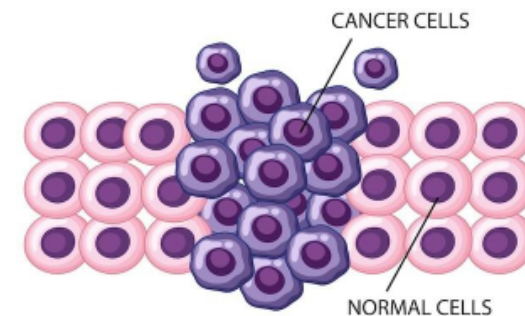
cáncer que se origina de algunas de las tres líneas celulares hematopoyéticas.

Blastomas:

Cánceres que se producen de células primitivas embrionarias (blastos) que tienen el potencial de desarrollar diferentes tejidos.

Tumores de células germinales:

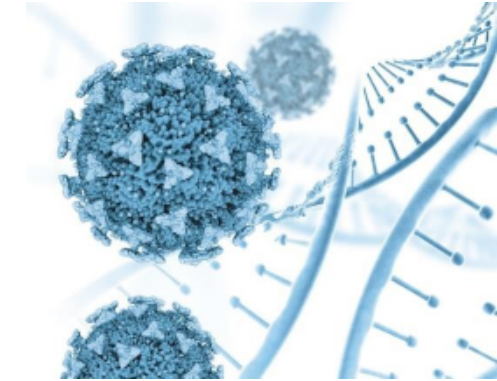
cánceres originados en los ovarios en las mujeres y en los testículos en los hombres.



BASES FISIOLÓGICAS

Una neoplasia es "una masa anormal de tejido cuyo crecimiento es excesivo y está descoordinado con el del resto de tejidos normales del organismo, y que persiste de la misma manera excesiva una vez que ha cesado el estímulo que lo ha originado".

Las células cancerosas presentan cuatro características esenciales:

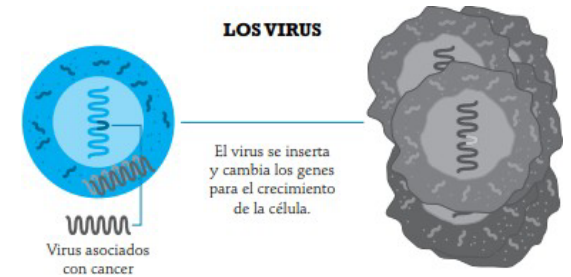


Clonalidad	Autonomía	Anaplasia	Metástasis
Cada tumor maligno se origina en una célula que prolifera y da lugar a un clon de células malignas.	El crecimiento y desarrollo de la célula cancerosa no es regulado de forma correcta por los moduladores hormonales y bioquímicos normales.	Las células tumorales tienen una pérdida de diferenciación celular.	La célula cancerosa tiene capacidad de difundir (invadir otros tejidos) a distancia de su lugar de origen.

FACTORES DE RIESGO



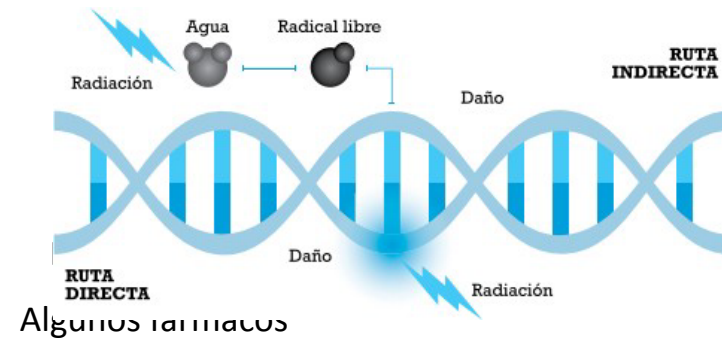
Envejecimiento	Tabaco	Agentes Físicos	Agentes Químicos	Agentes Biológicos
La mayoría de los cánceres ocurren en las personas después de los 65 años de edad.	Los fumadores tienen mayor probabilidad que quienes no fuman de desarrollar cáncer de pulmón, laringe, boca, esófago, vejiga, riñón, garganta, estómago, páncreas y cuello uterino. También tienen más probabilidad de presentar leucemia mieloide aguda.	- Radiación ultravioleta (Rayos del sol). - Radiación ionizante	Algunas personas tienen un riesgo mayor de cáncer debido a la exposición ocupacional o laboral que realizan (al asbesto, benceno, bencidina, cadmio, níquel y cloruro de vinilo).	- Células T humanas tipo 1 (HTLV-1) - Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) - Virus de Epstein-Barr - Herpes virus humano 8 (HHV8) - Helicobacter pylori



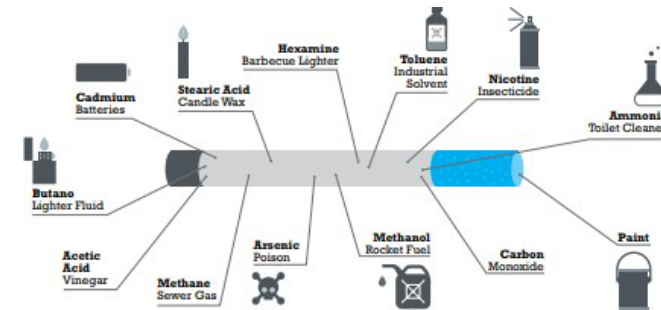
ETIOLOGIA

En la etiología del cáncer se encuentran una serie de factores tanto de tipo exógeno como endógeno que hoy en día se encuentran ya plenamente contrastados. Los factores endógenos se encuentran ligados a determinadas alteraciones genéticas reconociéndose hoy en día, como principales implicados los oncogenes dominantes y los genes supresores de tumores o antioncogenes.

Dentro de los factores exógenos se encuentran:

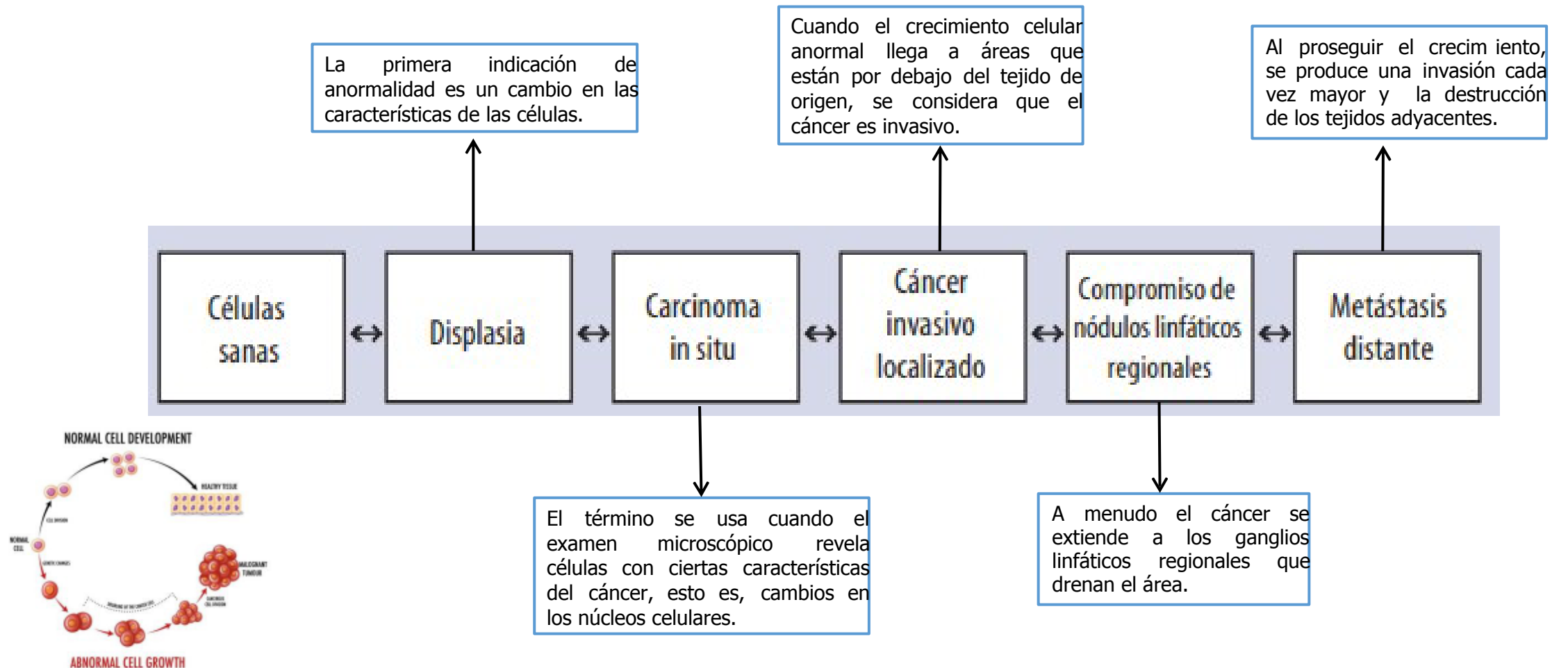


Determinados virus

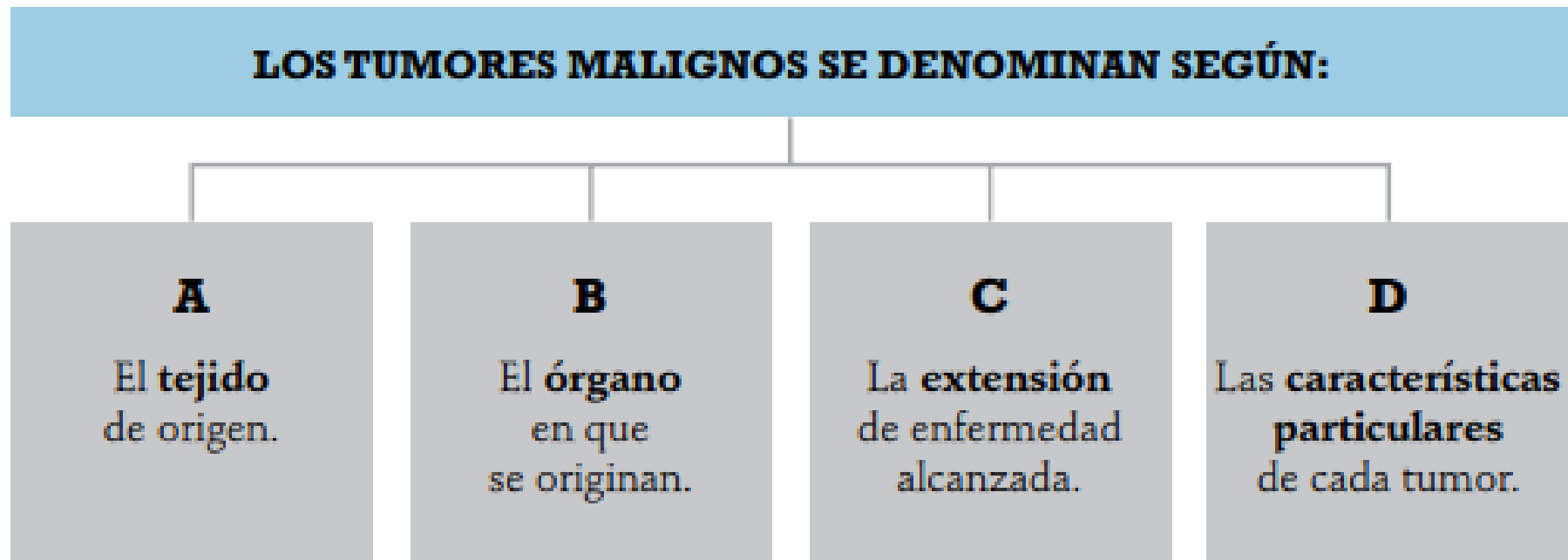


Fases en la aparición del cáncer

El desarrollo del cáncer tiene varias fases, según el tipo de tejido afectado.



Tipos de cáncer



a) El tejido de origen

Según el tipo de tejido a partir del cual se forman se denominan:

1. Tumores epiteliales: conocidos como CARCINOMAS.

- ✓ Adenocarcinomas: provienen de tejidos que forman glándulas.
- ✓ Carcinomas epidermoides o escamosos.
- ✓ Carcinomas de células basales y carcinomas de células de transición.

2. Tumores del tejido de sostén, músculos y vasos: conocidos como SARCOMAS.

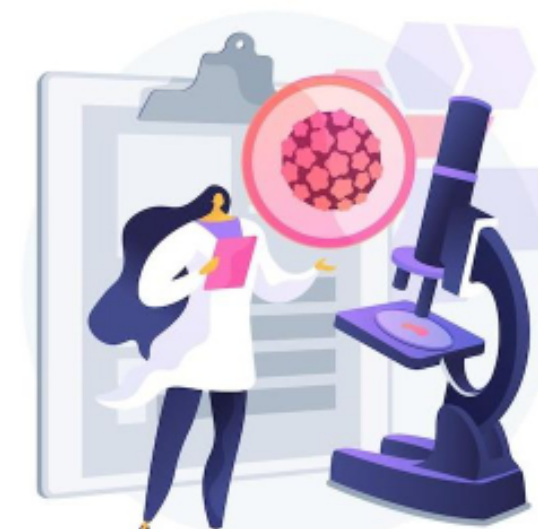
- ✓ Grasa: liposarcoma.
- ✓ Fibroso: fibrosarcoma.
- ✓ Músculo liso: leiomioma.
- ✓ Músculo estriado: rhabdomioma.
- ✓ Hueso: osteosarcoma.
- ✓ Otros.

3. Tumores linfoproliferativos y hematopoyéticos: linfomas, leucemias, mieloma.

4. Tumores del tejido nervioso: astrocíticos, oligodendrogiales, oligoastrocíticos, ependimarios, de la región pineal, embrionarios, de nervios craneales y paraespinales, de la vaina de nervios periféricos, de las meninges.

5. Tumores de melanocitos: melanoma.

6. Tumores de las células germinales.



b) El órgano en que se originan

En la gran mayoría de los tumores es claro cuál es el órgano en el que se inició el tumor, por ejemplo: mama, colon, recto, riñón, pulmón etc. El lugar de origen se denomina también PRIMARIO; por ejemplo, un primario de próstata, un primario de páncreas, etc. Los tumores malignos pueden diseminarse a otros órganos en un proceso que se denomina metástasis.



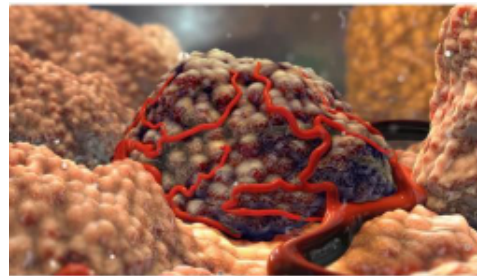
c) La extensión de enfermedad alcanzada

Al determinar la extensión, se ubica la enfermedad en un estadio:

ESTADIO	CARACTERÍSTICAS
0	Tumores in situ o no invasores.
I	Tumores pequeños sin compromiso ganglionar.
II	Tumores un poco más grandes o con compromiso tumoral limitado.
III	Tumores localmente avanzados.
IV	Metástasis.

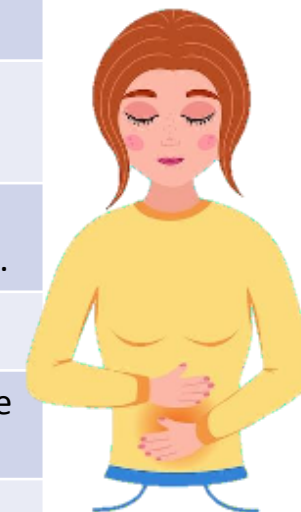
d) Las características particulares de cada tumor

Clínicas	Síntomas de acuerdo con la localización del tumor primario, síntomas por producción de péptidos y hormonas, etc.
Histopatológicas	Ejemplo: el grado de diferenciación (bien, moderadamente o pobremente diferenciados), la expresión de receptores hormonales y la sobreexpresión de la proteína Her2 en cáncer de mama, etc.
Moleculares	Ejemplo: presencia de determinadas mutaciones como EGFR en cáncer de pulmón, KRAS/NRAS en cáncer colorrectal, BRAF en melanoma, amplificación de Her2 en cáncer de mama, etc.



Principales síntomas del paciente oncológico

SINTOMAS	COMENTARIOS
Dolor	La prevalencia depende fundamentalmente de: el estadio de la enfermedad y la localización tumoral.
Disnea	La falta de aire provoca en el paciente una ansiedad muy grande que hace que aumente la frecuencia respiratoria, cerrando un círculo vicioso.
Estertor agónico o pre-morten	Son las respiraciones ruidosas emitidas por el enfermo en la fase agónica provocadas por la acumulación y vibración de secreciones en el árbol bronquial.
Anorexia/ caquexia	-
Estreñimiento	Es el síntoma digestivo más frecuente. Afecta hasta un 95% de los pacientes que toman opioides.
Obstrucción intestinal	Tratamiento sintomático (paliativo) dirigido a aliviar: 1) el dolor cólico; 2) el dolor abdominal; 3) las náuseas y vómitos.



Principales síntomas del paciente oncológico



SINTOMAS	COMENTARIOS
Náuseas y vómitos	Elección del antiemético en función del mecanismo desencadenante
Estomatitis o Candidiasis	-
Confusión/delirio	Pobre concentración, pérdida de memoria, desorientación agresividad, alucinaciones.
Piel seca (xerosis)	Baño + ungüento oleoso hidrofóbico para mantener humedad.
Prurito	Prurito inespecífico. Infiltración maligna de la piel en el cáncer de mama. Consecuencia del tratamiento con opioides.



Enfoques de control del cáncer

Los cuatro principales enfoques de control del cáncer son:

Prevención

- Implica eliminar o disminuir al mínimo la exposición a las causas del cáncer e incluye reducir la sensibilidad individual al efecto de esas causas.

Detección temprana

- El mayor conocimiento de los signos y los síntomas del cáncer contribuye a la detección temprana de la enfermedad.
- Cuando se cuenta con pruebas para detectar el cáncer de sitios específicos y las instalaciones son apropiadas, el tamizaje de individuos aparentemente sanos puede revelar la presencia de tumores malignos en los estadios iniciales.

Diagnóstico y el tratamiento

- El diagnóstico del cáncer requiere una combinación de cuidadosa evaluación clínica e investigaciones de diagnóstico.
- El tratamiento del cáncer procura curar, prolongar la vida útil y mejorar la calidad de vida.

Cuidados paliativos

- Tratamiento es el alivio del dolor y los cuidados paliativos. Existen métodos eficaces de asistencia paliativa para mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer.



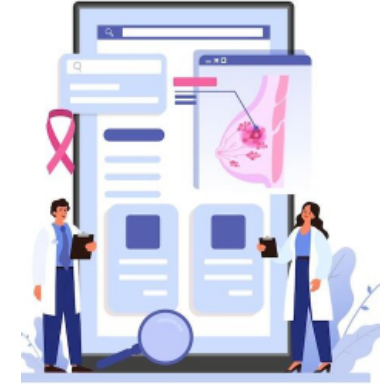
1. Prevención

Vacunación	✓ Vacuna contra el virus del papiloma humano ✓ Vacuna contra la hepatitis B
Recomendaciones sobre conductas de vida	✓ Ejercicio físico ✓ Dieta balanceada ✓ Peso adecuado ✓ Evitar excesos en la exposición solar
Control de adicciones	✓ Tabaco ✓ Alcohol
Drogas	✓ Tamoxifeno para prevenir el cáncer de mama en mujeres con riesgo alto.
Cirugías profilácticas	✓ Ej.: Mastectomía bilateral para reducción de riesgo de cáncer de mama en mujeres portadoras de mutaciones de BRCA 1 o 2.



Detección temprana del cáncer

La detección temprana del cáncer se basa en que la detección de la enfermedad en una etapa inicial de su ciclo biológico, antes de la manifestación de síntomas, permite un tratamiento más eficaz que cuando la enfermedad ya ha alcanzado un estadio avanzado. El propósito de esta iniciativa es detectar el cáncer cuando está localizado en el órgano de origen y no hay invasión de los tejidos circundantes ni de órganos distantes.



La detección temprana es sólo parte de una estrategia más amplia que incluye el diagnóstico, el tratamiento de la enfermedad detectada y su seguimiento.



Hay dos componentes principales de los programas de detección temprana del cáncer: **la educación para promover el diagnóstico a tiempo y el tamizaje.**

Diagnóstico del cáncer

Esto requiere una combinación de evaluación clínica cuidadosa e investigaciones de diagnóstico, incluidos estudios de endoscopia, histopatología, Imagenología, citología y laboratorio.



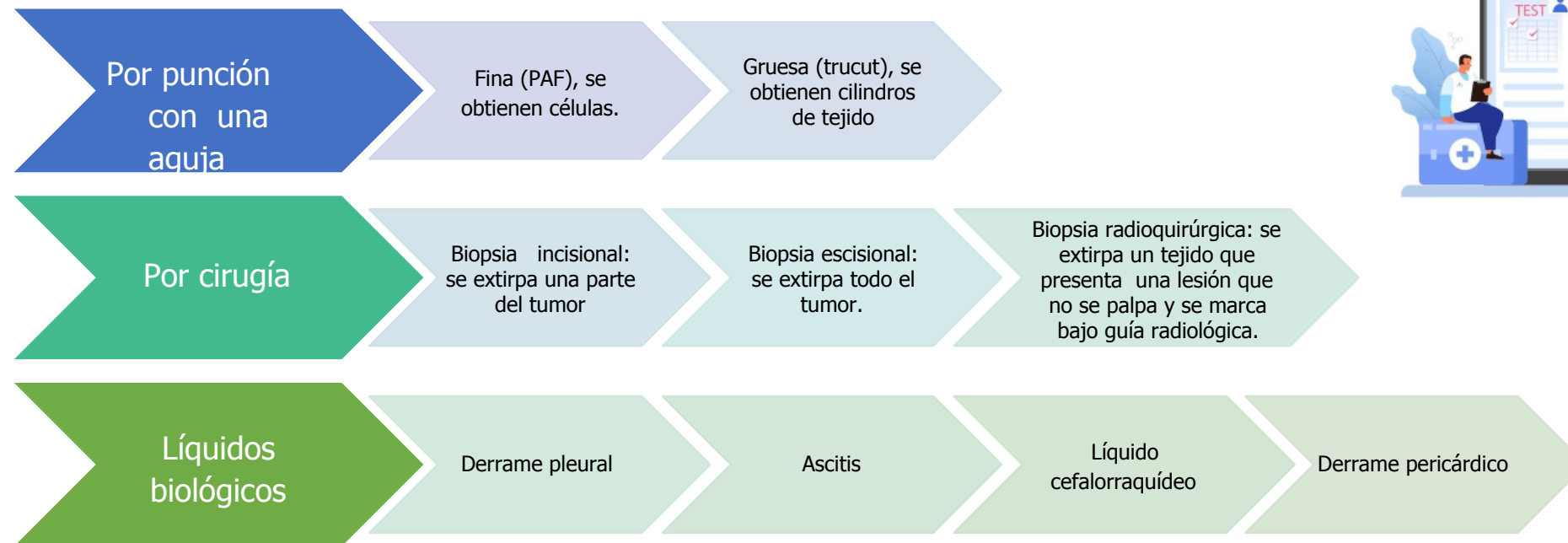
El diagnóstico del cáncer puede hacerse mediante la visualización directa del área en cuestión, por ejemplo, mediante la broncoscopia, la esofagoscopia, la coloscopia, o la colposcopia. Aunque el tejido parezca maligno, se debe realizar una biopsia para confirmar la neoplasia maligna.

Diagnóstico del cáncer

Una vez que se confirma el diagnóstico, es necesario llevar a cabo la evaluación adicional del paciente para determinar el grado de propagación del cáncer (la etapa). Los objetivos de la determinación de la etapa del cáncer son:



Diagnóstico: Es la confirmación de que el paciente es portador de un tumor maligno. Para ello es imprescindible contar con material del tumor, ya sean tejidos o células. El material para analizar puede obtenerse mediante estos procedimientos:



¿Qué son los marcadores tumorales?

Marcadores tumorales

Sustancias biológicas, moléculas o procesos que se alteran de manera cuali o cuantitativa en relación con la presencia de células tumorales.

Debe reunir las siguientes características

Estar presente en los tumores.
Ser secretado por el tumor.
Ser detectado en sangre.
Ser cuantificable en forma fácil y reproducible.
No estar regulado por procesos no tumorales.
Correlacionarse con el desarrollo de la lesión maligna, tanto en presencia como en ausencia de tratamiento.

Cuadro II. Usos clínicos de marcadores tumorales.³⁶

- Determinar riesgo de desarrollar la enfermedad.
- *Screening* para la enfermedad.
- Establecer diagnóstico:
 - Diferenciar enfermedad benigna de maligna.
 - Determinar el tipo de malignidad.
- Determinar pronóstico:
 - Para enfermedad primaria, predecir recaída.
 - Para enfermedad metastásica, predecir progresión.
- Predecir supervivencia.
- Predictor de respuesta a la terapia:
 - Hormonal.
 - Quimioterapia.
 - Nuevas terapias.
- Monitorizar la enfermedad:
 - Para enfermedad primaria, predecir recaída.
 - Para enfermedad metastásica, seguimiento de enfermedad detectable.

Los marcadores tumorales pueden clasificarse en tres grandes grupos:



1. De muy elevada especificidad y sensibilidad

- Son aquellos que a pesar de que pueden ser detectados en diversas situaciones fisiológicas, en ausencia de éstas o ante incrementos importantes, indican siempre la existencia de un tumor maligno.

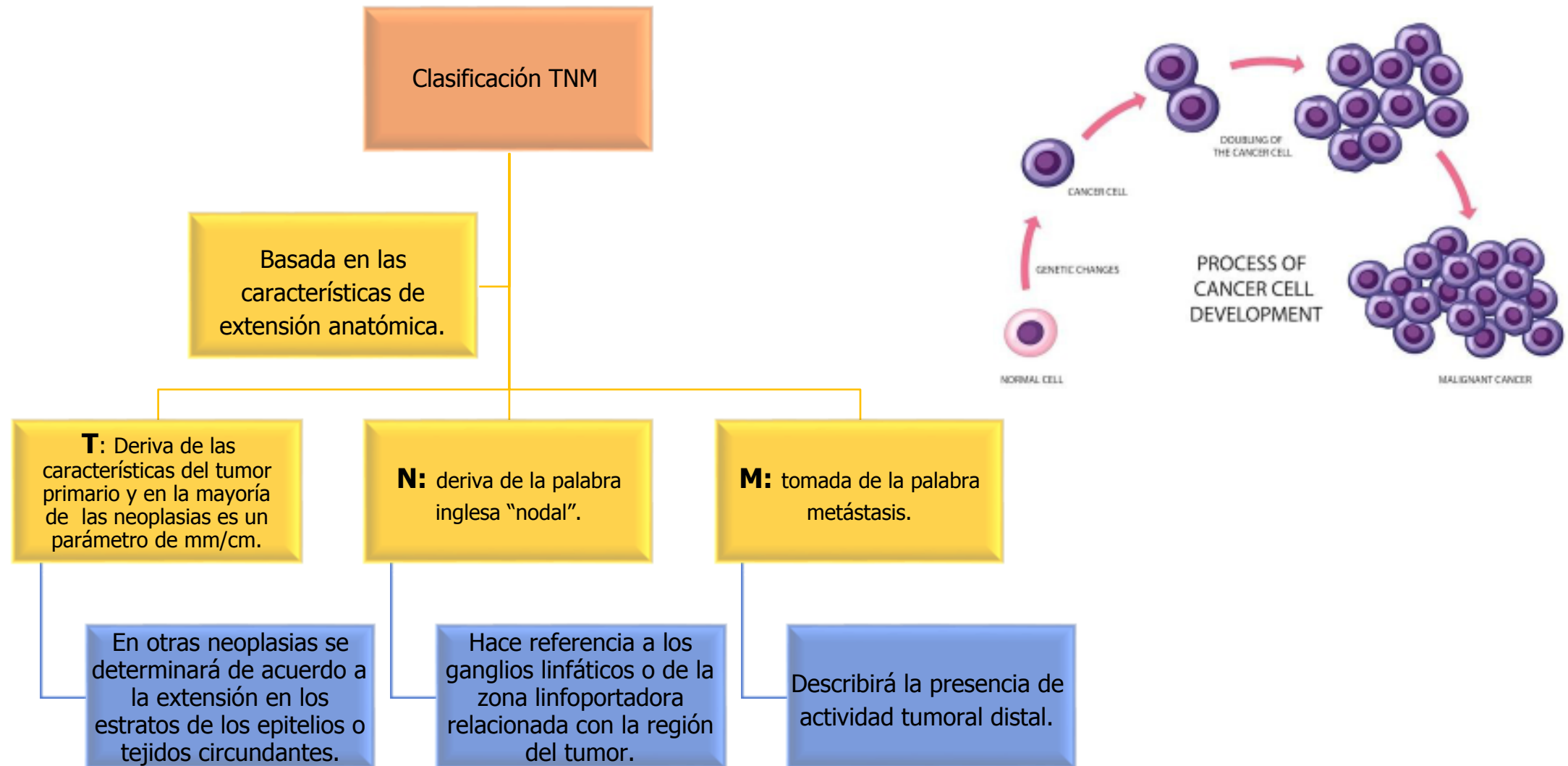
2. De sensibilidad y especificidad variable

- Son aquéllos con ambas características bajas en los estadios iniciales, con valores séricos en la mayoría de los casos indistinguibles de los hallados en sujetos sanos o en pacientes con enfermedades benignas.

3. De baja especificidad

- En este grupo se incluyen aquéllos cuya sensibilidad depende del estadio, pero su especificidad es baja, incluso en fases avanzadas de la enfermedad.

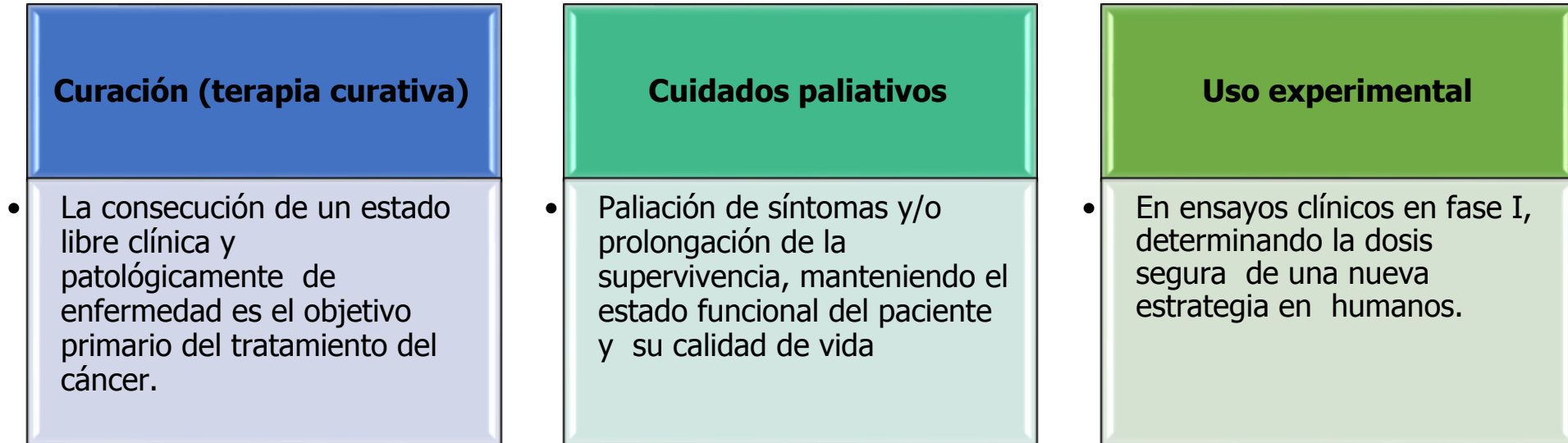
Estadificación en cáncer



Opciones de tratamiento en la enfermedad oncológica

Tratamiento

La estrategia terapéutica a plantear es distinta dependiendo del objetivo perseguido, que puede ser:



Observe el siguiente gráfico en el que se muestran los tipos de tratamiento que se administran a los pacientes con cáncer.

TRATAMIENTO		
ANTI TUMORAL	LOCAL	CIRUGÍA / RADIOTERAPIA
	SISTEMÁTICO	QUIMIO / HORMONO / TERAPIAS BLANCO
PALIATIVO		CONTROL DE SÍNTOMAS

Modalidades del tratamiento

1. Tratamiento local Cirugía

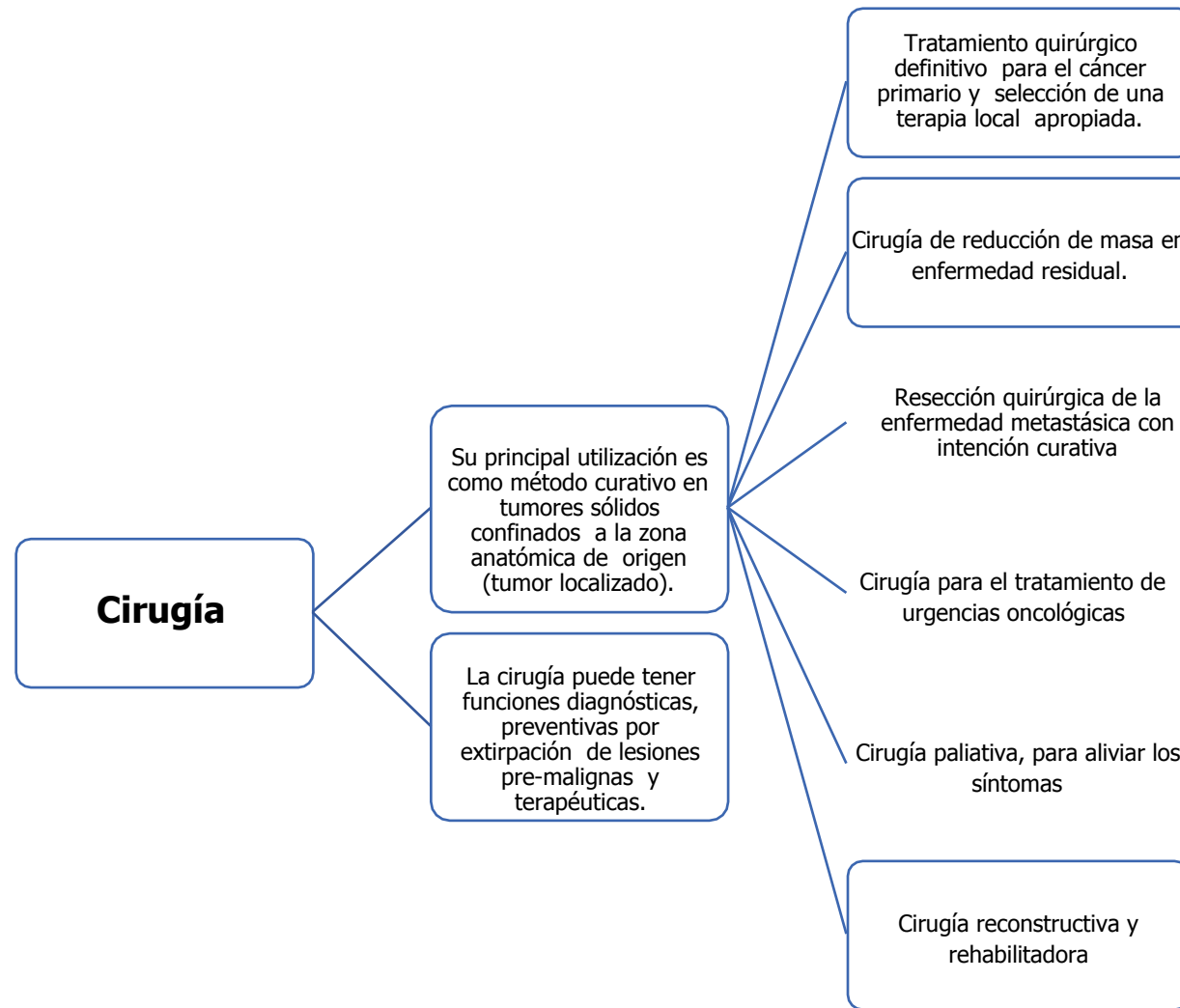
Frecuentemente, es el primer tratamiento y con él se termina de realizar el diagnóstico y la estadificación del paciente. En ocasiones, las cirugías oncológicas deben ser muy agresivas. Tal es el caso de las cirugías de los sarcomas o de los tumores localmente avanzados y por ello, el paciente requiere un cuidado postoperatorio muy delicado, a veces con varios días de terapia intensiva, drenajes y vías parenterales.

Ejemplos de este tipo de intervenciones son las exéresis de los sarcomas de miembros, las hepatectomías de metástasis hepáticas de cáncer colorrectal, las mastectomías radicales modificadas, la cirugía de Miles del cáncer de recto.

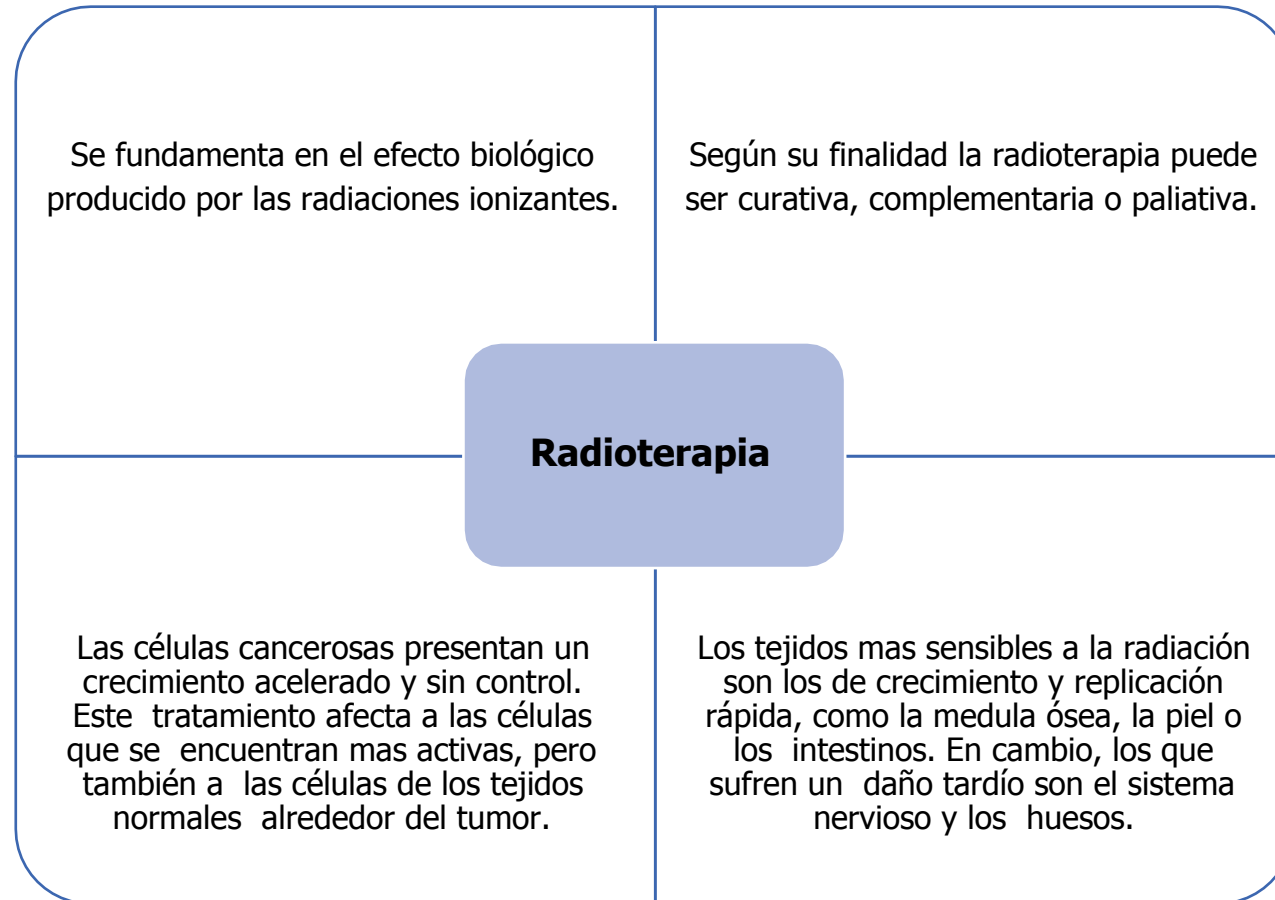


Cirugía

:



Modalidades del tratamiento



Fases

- Fase G0: es la etapa de reposo. Las células pasan la mayor parte de su vida en esta fase y es en la que llevan a cabo sus funciones habituales. Esta fase dura desde unas pocas horas hasta muchos años.
- Fase G1: empieza cuando la célula recibe una señal para empezar a dividirse con la síntesis de proteínas y la producción del ARN, que va a ser fundamental en la producción de copias del ADN. Esta fase puede durar de 18 a 30 h.
- Fase S (síntesis): en esta fase los cromosomas se replican. Los cromosomas contienen el ADN y al duplicarse ambas células tendrán el mismo contenido genético. Dura de 18 a 20 h.
- Fase G2: esta fase ocurre justo antes de que la célula se divida en dos. Dura de 2 a 10 h.
- Fase M (mitosis): la célula se divide para formar dos células nuevas iguales. Ésta es la fase más corta, pues dura de 30 a 60 min.



Tipos de radiación

1. Terapia externa: la fuente de radiación está fuera del paciente

Radioterapia convencional con planificación bidimensional
Radioterapia estereotáctica
Simulación virtual, técnicas tridimensionales, intensidad modulada

2. Braquiterapia

La fuente de radioterapia en forma de barras, hilos, semillas, etc. se coloca en el propio lecho tumoral. Se emplea especialmente en cáncer cervicouterino, de endometrio, de próstata y de mama.

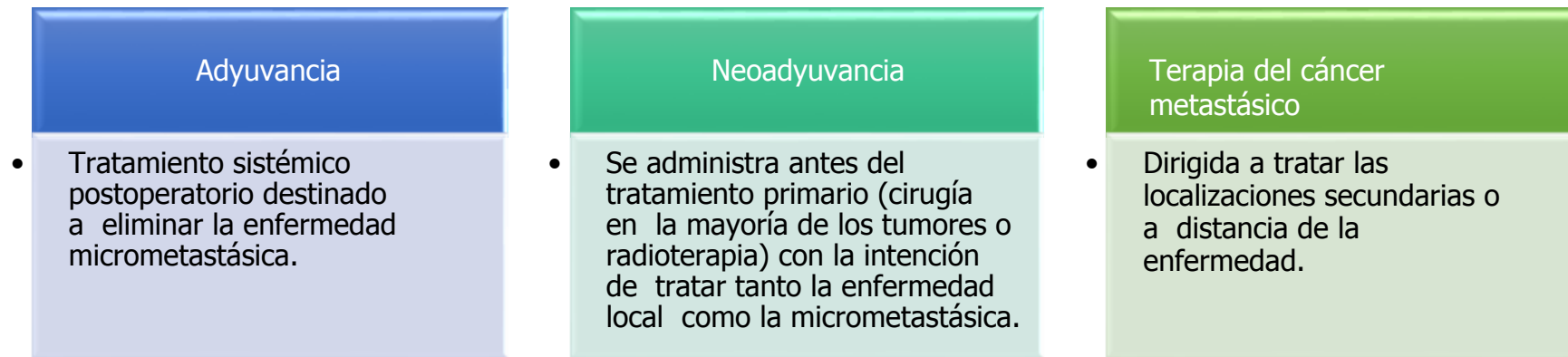
3. Terapia con radioisótopos

La fuente de radiación proviene de sustancias que se administran por vía oral (iodo 131 para el cáncer de tiroides) o intravenosa (lutecio 177 e itrio 90 para diferentes patologías).
La radiactividad de estas sustancias va decayendo rápidamente por lo que los pacientes tienen que restringir sus contactos solo por pocos días.

Efectos adversos: La radioterapia puede producir efectos adversos sistémicos y locales. Los primeros consisten en cansancio, falta de apetito, náuseas y caída en el hemograma. La magnitud de esos efectos depende del paciente y de la extensión del área irradiada. Los efectos locales se producen por irritación del área irradiada y se pueden manifestar por enrojecimiento, dolor, ampollas y descamación.

2. Tratamiento sistémico

Los tratamientos sistémicos se emplean con el objetivo primario de eliminar o reducir la enfermedad metastásica y/o facilitar los tratamientos locales.



Los agentes empleados para el tratamiento sistémico pueden ser:

- ✓ Quimioterápicos o citotóxicos.
- ✓ Hormonales.
- ✓ Terapias contra blancos moleculares específicos

Quimioterapia

Se denomina así al tratamiento constituido por uno o más agentes citotóxicos con efecto antineoplásico.

Quimioterapia de inducción

- Es la utilizada como tratamiento primario a pacientes que presentan enfermedad avanzada y para los cuales no hay tratamiento alternativo.

Quimioterapia adyuvante

- Administración de un tratamiento sistémico (con agentes antineoplásicos, hormonales o biológicos) después de que el tumor primario ha sido tratado mediante un método local, bien cirugía o radioterapia.

Quimioterapia neoadyuvante o primaria

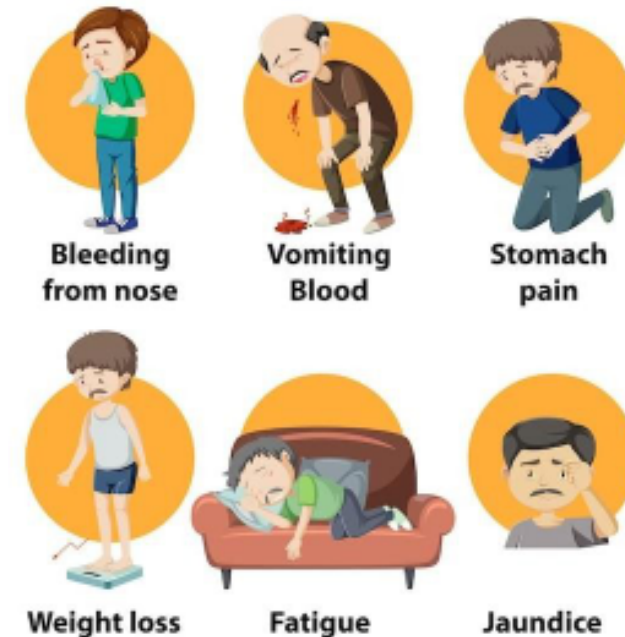
- Indica el uso de quimioterapia como tratamiento inicial de pacientes que presentan un tumor localizado para el cual existe la alternativa de un tratamiento local, pero que no es totalmente efectivo.



Efectos tóxicos

Como consecuencia de su mecanismo de acción, los agentes quimioterápicos producen una serie de efectos tóxicos, los que pueden presentarse de manera inmediata o precoz (los más comunes) o en forma tardía.

- ✓ Náuseas y vómitos
- ✓ Flebitis / extravasación
- ✓ Cambios en el apetito/cambios de peso
- ✓ Astenia
- ✓ Mucositis
- ✓ Diarrea/Constipación
- ✓ Alopecia
- ✓ Mielosupresión
- ✓ Reacciones alérgicas o de Hipersensibilidad
- ✓ Neurotoxicidad



Hormonoterapia

La terapia hormonal (llamada también hormonoterapia, tratamiento hormonal o terapia endócrina) es utilizada para el tratamiento del cáncer en aquellos tumores sensibles a las hormonas. Fue la primera terapia dirigida hacia un blanco específico, con el objetivo de detener o enlentecer el crecimiento tumoral, al bloquear la capacidad del cuerpo para producir hormonas o al interferir en su actividad hormonal.

En la actualidad, la hormonoterapia constituye uno de los pilares fundamentales en el tratamiento de los tumores hormonodependientes, como el cáncer de mama y el cáncer de próstata. La terapia hormonal puede ser utilizada en los diferentes estadios en que se puede presentar la enfermedad, y la elección del tipo de hormonoterapia varía en función tanto de las características del tumor como en las de cada paciente.



Tratamientos biológicos y drogas blanco

Permiten una forma más individualizada del tratamiento del cáncer, con la posibilidad de distinguir con más precisión las células normales de las neoplásicas, limitando así los efectos secundarios del tratamiento.

La mayoría de las terapias dirigidas pueden ser fármacos de molécula pequeña (inhibidores de la tirosina kinasa, otras kinasas, mTOR) o anticuerpos monoclonales.

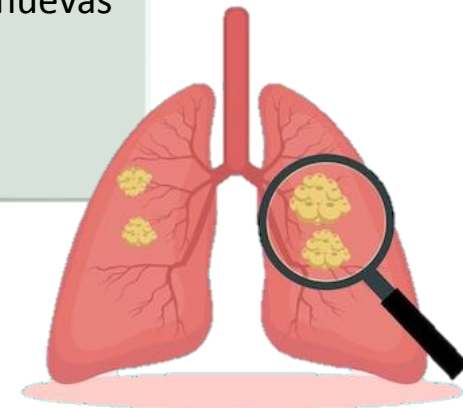
Típicamente los fármacos de molécula pequeña pueden difundirse en las células y actuar sobre los blancos que se encuentran dentro de las mismas, mientras que la mayoría de los anticuerpos monoclonales no pueden penetrar la membrana plasmática de las células por lo que se dirigen a blancos que están en el exterior o en la superficie de éstas.



Evaluación de la respuesta

Los criterios de la OMS internacionalmente aceptados de valoración de la respuesta de una enfermedad medible, determinada sobre las masas tumorales (uni o bidimensionalmente, y calculando la suma de todas las masas medibles) son:

Remisión completa (RC)	Remisión parcial (RP)	Enfermedad estable (EE) o No cambio (NC)	Progresión de la enfermedad (PE)
Desaparición de toda evidencia clínica del tumor, en dos observaciones separadas al menos cuatro semanas.	Reducción de al menos un 50% en todas las masas, sin progresión en ninguna o aparición de otras nuevas, al menos durante cuatro semanas	Reducción menor del 50% o crecimiento inferior al 25% de cualquiera de las masas medibles.	Crecimiento del 25% o más de cualquiera de las masas medibles o aparición de nuevas lesiones.

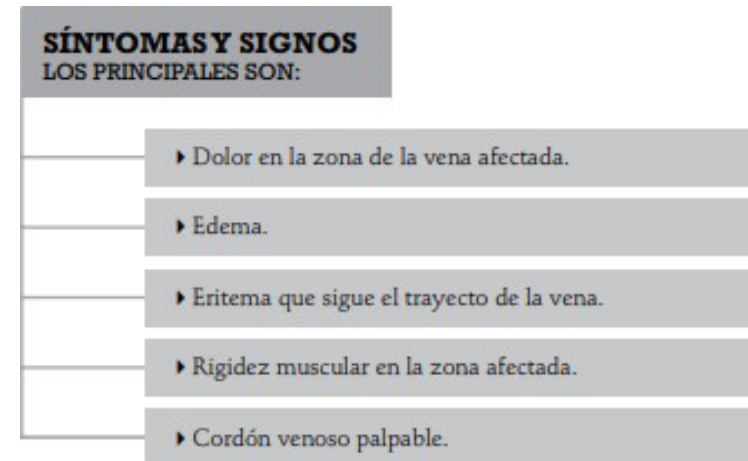
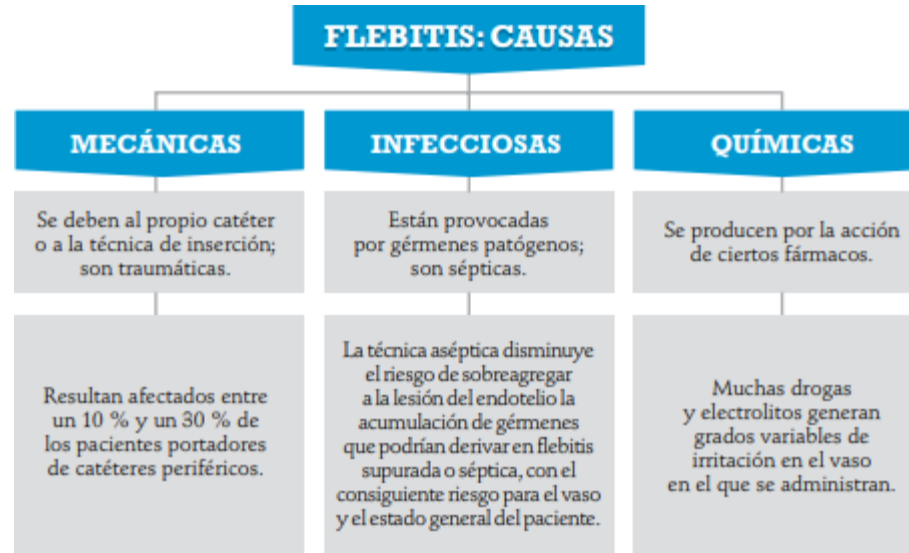


Cuidados de la persona con enfermedad oncológica

1. Flebitis

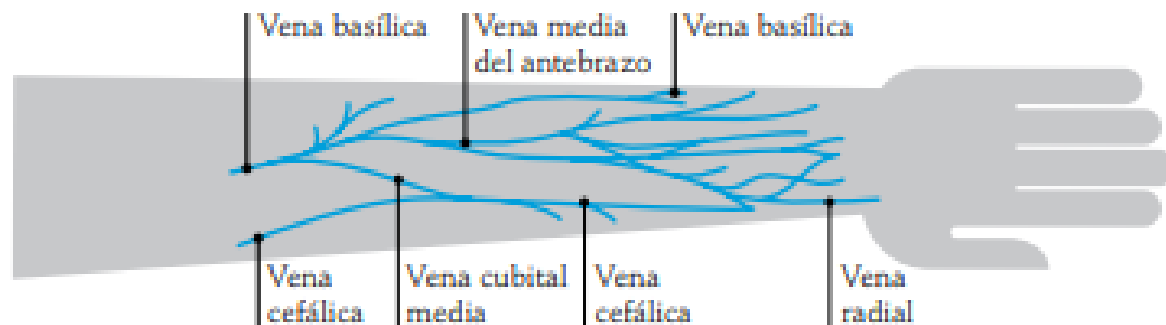
La terapia intravenosa es uno de los procedimientos más comunes para administrar diferentes tratamientos a los pacientes, sobre todo en el medio hospitalario. Los problemas derivados de la inserción y mantenimiento de un catéter endovenoso son múltiples: una de las complicaciones que puede presentarse es la flebitis.

Flebitis: Se denomina flebitis a la inflamación de las paredes de una vena con infiltración de sus capas. Puede originarse por varias causas:



Anatomía del sitio de la venopuntura:

Se elegirán preferentemente canalizaciones en extremidades superiores:



Se debe evitar:



- ▶ Colocar en zonas de flexión.
- ▶ Colocar en venas varicosas, trombosadas, utilizadas previamente y con hematomas.
- ▶ Repetir intentos de punción en la misma zona por la formación de hematomas.
- ▶ Limitar la actividad del paciente.
- ▶ Colocar en brazo con dificultad del retorno venoso.
- ▶ Colocar en brazo con posible foco de infección.

Grados: La flebitis tiene distintos grados de gravedad que se corresponden con determinadas manifestaciones físicas.

1.

GRAVEDAD	EXAMEN FÍSICO
1+	Dolor local, eritema, edema, sin endurecimiento, cordón fibroso no palpable.
2+	Dolor local, eritema, edema, formación de endurecimiento, cordón fibroso no palpable.
3+	Dolor local, eritema, edema, formación de endurecimiento, cordón fibroso palpable.

2.

PUNTUACIÓN	OBSERVACIONES
0	Asintomática.
1	Eritema con o sin dolor en la zona del acceso.
2	Dolores en la zona del acceso con eritema o edema.
3	Dolores en la zona del acceso con eritema, formación de estrías o cordón venoso palpable.
4	Dolores en la zona del acceso con eritema, formación de estrías, cordón venoso palpable de más de 2,5 cm de largo o secreción purulenta.

FACTORES DE RIESGO

EXISTEN FACTORES QUE FAVORECEN EL DESARROLLO DE LA FLEBITIS:

► Contaminación relacionada con el uso de la técnica.

► Calibre y material del catéter.

► Destreza del operador.

► Anatomía del sitio de la venopuntura.

► Tiempo de uso de la venopuntura.

► Frecuencia de la curación y fijación.

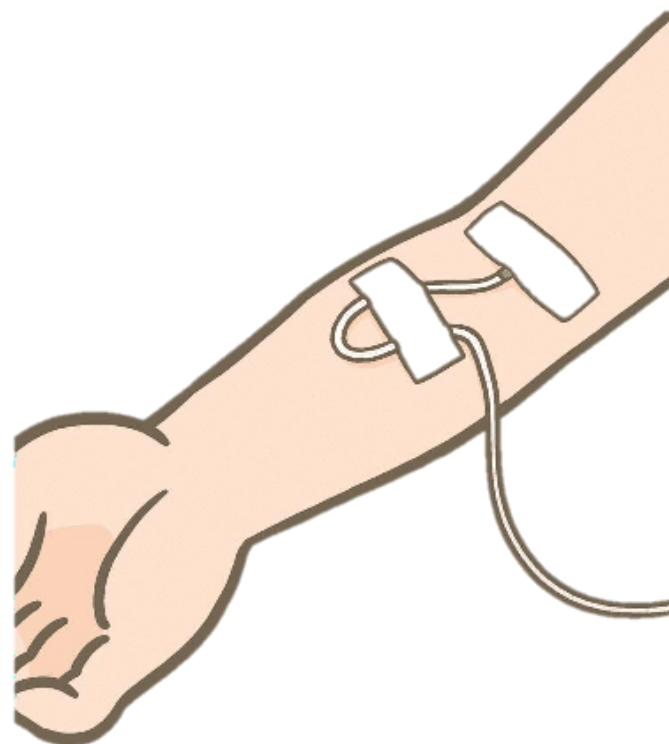
► Características de la infusión.

► Edad del paciente y enfermedades asociadas.

Cuidados

Los cuidados de enfermería se desarrollan en tres instancias:

Previos a la administración	▶ Colocar catéteres de calibre pequeño.
	▶ Alternar los sitios de punción.
	▶ Evitar usar venas engrosadas, con hematomas y zonas de flebitis anteriores.
	▶ Evitar extremidades con circulación comprometida (linfedemas).
	▶ Considerar el acceso venoso central.
Durante la administración	▶ Conocer el tipo de medicamento a utilizar.
	▶ Verificar la dilución.
	▶ No aplicar las drogas sin comprobar el retorno venoso.
	▶ Lavar con 20 cc de solución fisiológica luego de administrar cada droga.
	▶ Administrar primero los no vesicantes.
	▶ Recambiar si hay dudas de la permeabilidad de la vía.
	▶ Cambiar la venoclisis cada 72 horas.
En el mantenimiento	▶ Retirar venoclisis ante el menor síntoma.
	▶ Cambiar los sistemas de perfusión junto con la venoclisis.
	▶ Reducir la manipulación al mínimo y realizarla con técnica aséptica.
	▶ Vigilar la aparición de enrojecimiento, dolor, edema o secreción en el punto de punción, una vez por turno. En este caso está indicado el retiro inmediato del catéter.
	▶ Todo el sistema: prolongador, llave de 3 vías, tapones y sistema de gotero, deben estar siempre limpios de sangre.



2. Extravasación

Es la salida del líquido del espacio intravascular al intersticial, o sea del líquido intravenoso a los tejidos adyacentes. Esta entidad implica una mayor gravedad cuando se trata de un fármaco citostático. La extravasación puede ser sutil y progresiva. Los primeros síntomas incluyen dolor, prurito o ardor, eritema o palidez, edema, piel fría o caliente. También puede producirse la extravasación retrasada. Es aquella en la que los síntomas ocurren 48 horas después de administrar el fármaco.

Daño potencial Según el daño potencial que producen en caso de extravasación, los citostáticos pueden ser:

Irritantes	No irritantes	Vesicantes
Son aquellos agentes que pueden provocar irritación local pero no necrosis tisular.	Son aquellos agentes que usualmente no causan problemas cuando se extravasan.	Son aquellos agentes que tienen potencial de producir vesículas/ ampollas y necrosis tisular.

Extravasación de citostáticos

Los **citostáticos** son sustancias farmacológicas que impiden o retardan la división celular. Se utilizan en el tratamiento contra el cáncer.

Cuidados:

- ✓ Su identificación debe ser lo más precoz posible.
- ✓ El paciente puede presentar dolor, prurito o ardor, eritema o palidez, edema, piel fría o caliente.
- ✓ Se puede sospechar el problema cuando la infusión disminuye su velocidad de flujo o no hay retorno venoso a través de la cánula.
- ✓ No siempre se manifiesta de una manera clara. Recordar que en algunos casos puede que ni el paciente ni la infusión presenten alteración.
- ✓ Requiere de acciones inmediatas.

Prevención de la extravasación

- ✓ Conocer e identificar fármacos vesicantes antes de su administración.
- ✓ Comprobar la viabilidad del sistema con suero antes de administrar el fármaco.
- ✓ Comprobar permeabilidad y retorno venoso de la vía periférica antes, durante y después de la medicación.
- ✓ No utilizar vías periféricas para infusiones prolongadas.
- ✓ Informar a los pacientes los síntomas de alarma que provoca una vía infiltrada para que el personal pueda detectarla tempranamente.
- ✓ Identificar factores de riesgo, como venopunciones múltiples, tratamientos previos, etc.
- ✓ Considerar acceso venoso central en pacientes con vías periféricas difíciles



3. Mucositis oral

Es la inflamación de una membrana mucosa que reviste el tracto digestivo. De acuerdo con su localización y severidad puede presentar diferentes manifestaciones clínicas.

Como consecuencia del tratamiento quimioterápico o radioterápico, el revestimiento mucoso de la boca sufre alteraciones, lo que puede dar lugar a su inflamación y ulceración.



Evaluación

La gravedad de la mucositis oral puede evaluarse utilizando diferentes escalas.

GRADOS	SÍNTOMAS	INDICACIONES
1	Asintomática o con síntomas leves.	No requiere intervención.
2	Dolor moderado. No interfiere con la ingesta oral.	Modificaciones en la dieta.
3	Dolor severo. Interfiere con la ingesta oral.	Modificaciones en la dieta. Requiere intervención.
4	Consecuencias con riesgo de vida.	Requiere intervención urgente.
5	Muerte.	

Manejo

Una vez que se ha presentado la mucositis, su gravedad y el estado hematológico del paciente determinan su manejo. La atención se enfocará en la higiene oral meticulosa y la paliación de los síntomas.

Los protocolos de higiene oral por lo general comprenden la limpieza no traumática de la mucosa, el mantenimiento de la lubricación de los labios y los tejidos orales así como el alivio del dolor y la inflamación.

4. Pancitopenia y neutropenia febril

Pancitopenia: Es la disminución simultánea de los valores de las tres series hematológicas por debajo de los rangos normales, observada en un análisis de sangre periférica. Se caracteriza por la presencia de anemia, leucopenia y trombocitopenia.

CAUSAS CENTRALES	
Aplasia, hipoplasia de la médula ósea	▶ Fármacos y tóxicos. ▶ Radiaciones. ▶ Hemoglobinuria paroxística nocturna. ▶ Virus. ▶ Inmunes. ▶ Embarazo. ▶ Idiopática.
Mieloptosis y mielofibrosis idiopática	▶ Síndromes mieloproliferativos agudos y crónicos. ▶ Síndromes linfoproliferativos agudos y crónicos. ▶ Discrasias de células plasmáticas. ▶ Metástasis de tumores sólidos. ▶ Infecciones. ▶ Otras.
Hematopoyesis ineficaz	▶ Anemia megaloblástica. ▶ Mielodisplasias (HIV, no HIV). ▶ Otras.

Causas periféricas	
Por secuestro (hiperesplenismo)	▶ Hipertensión portal. ▶ Infiltración neoplásica. ▶ Infecciones.
Por destrucción	▶ Síndrome de Evans. ▶ Hipertiroidismo. ▶ LES. ▶ Otras causas inmunológicas. ▶ Síndrome hemofagocítico.

Neutropenia

Se define la **neutropenia** como la reducción de la cifra de neutrófilos en sangre periférica por debajo de 2.000 cel/mm³, pero se considera neutropenia severa (Grado IV) cuando el recuento es menor de 500 neutrófilos/mm³. La principal complicación que se puede producir en el paciente neutropénico es la infección, que puede llegar a ser fatal. El riesgo de infección aumenta con el grado y la duración de la neutropenia.

El manejo de la neutropenia febril debe estar protocolizado en cada institución: laboratorio, cultivos, estudios por imágenes, tratamiento antibiótico, medidas de manejo general.

Complicaciones de la neutropenia febril:

- ✓ Sepsis.
- ✓ Sepsis severa.
- ✓ Shock séptico.

Cuidados de enfermería

PROPÓSITO

Reducir el riesgo de infecciones en pacientes con cáncer que se internan en el hospital y se encuentran neutropénicos.



Medidas de aislamiento y procedimientos

- ✓ Toda persona que ingrese a la habitación, independientemente de que examine o no al paciente, deberá realizar lavado de manos antiséptico en dos pasos: primero, con jabón líquido y, luego del secado, desinfectando con solución de alcohol en gel.
- ✓ Se restringirá el ingreso de personal de salud. Se permitirá el ingreso simultáneo de dos personas idealmente, con un máximo de tres.
- ✓ No se permitirá el ingreso de ninguna persona con infecciones activas potencialmente transmisibles, en especial cutáneas y respiratorias.



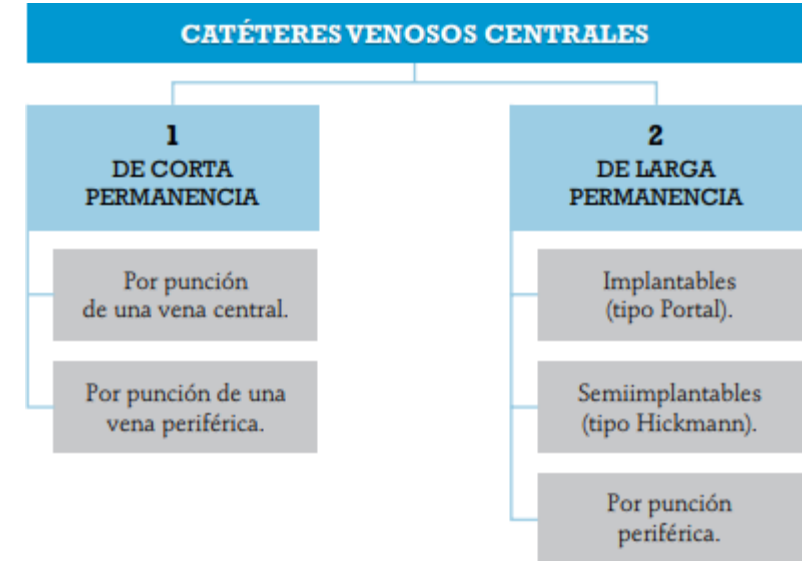
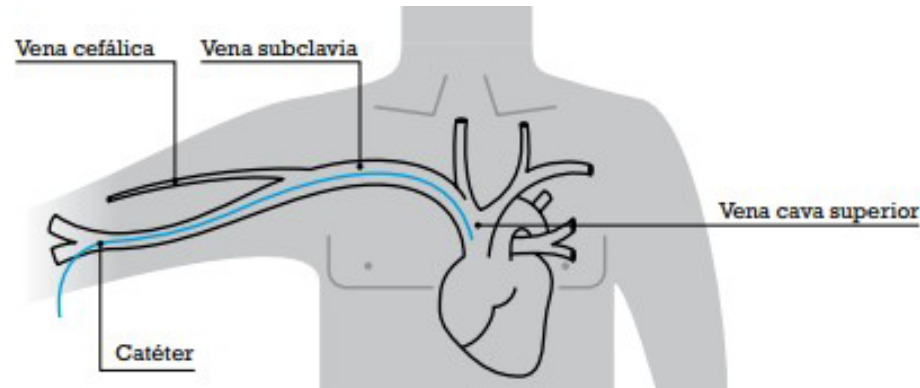
Higiene y cuidados de la piel

- ✓ Efectuar ducha diaria preferentemente con jabón neutro.
- ✓ Se le explicará al paciente la importancia y la necesidad del lavado de manos antes de comer, luego de ir al baño y cuando estén visiblemente sucias.
- ✓ No se permitirá el uso de perfumes y desodorantes.
- ✓ Al ingreso en la habitación, el paciente deberá quitarse alhajas, anillos, relojes, piercings, etc., a efectos de facilitar la higiene y reducir la colonización bacteriana.
- ✓ Si presentara sequedad de piel, podrán utilizarse cremas humectantes.
- ✓ No se permitirá el uso de máquina de afeitar con hoja.
- ✓ No se permitirá el corte de uñas por parte del paciente o de las visitas; es una tarea reservada al personal de enfermería, que deberá hacerlo con sumo cuidado sin provocar traumatismos.
- ✓ Se enfatizará el cuidado del área perineal y perianal, lavando con agua y jabón neutro luego de cada deposición, y secando suavemente a fin de impedir condiciones de humedad que favorezcan abrasiones.
- ✓ No tomar la temperatura rectal ni realizar enemas. Evitar tactos rectales y endoscopias bajas en lo posible.



5. Catéteres venosos centrales

Los catéteres venosos centrales se instalan con el propósito de tener un acceso directo al sistema vascular central generalmente cuando se requieren terapias intravenosas a largo plazo. Permiten la administración de medicamentos (por ejemplo, infusión continua de agentes quimioterápicos) y líquidos parenterales (ejemplo: nutrición parenteral) así como también la medición de la presión venosa central (PVC).



Complicaciones

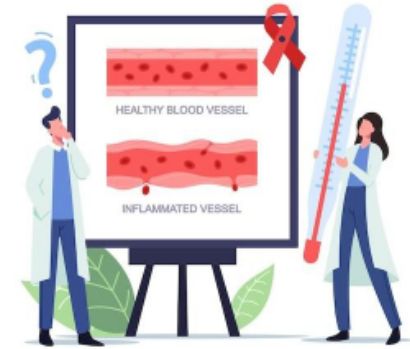
A pesar de sus ventajas, por lo menos el 10 % de los pacientes experimentan los problemas secundarios del uso del catéter. Son múltiples los factores que inciden en la presencia o no de complicaciones; estas varían según el tipo de catéter utilizado, el sitio de colocación del mismo y el procedimiento realizado. Las siguientes son complicaciones asociadas al uso de este tipo de catéteres:

a) Complicaciones mecánicas:

- Inmediatas:** neumotórax, hemotórax, punción arterial, hematoma o hemorragia, mala posición del catéter.
- Tardías** (asociadas a la permanencia del catéter): trombosis, obstrucción.

b) Complicaciones infecciosas:

- Bacteriemia asociada al catéter.
- Sepsis asociada al catéter.
- Flebitis.



Cuidados

a. Antes de la colocación	b. Durante la colocación	c. Después de la colocación
• Explicación al paciente del procedimiento que se le va a realizar. • Baño prequirúrgico con antiséptico (no en PICC). • Control de signos vitales, T°. • Control de laboratorio (estudios de coagulación). • Educación al paciente y a la familia para el autocuidado. • Administración de premedicación.	• Solo para el PICC, ya que es el único catéter que coloca el personal de enfermería. • Lavado de manos. • Selección de la vena. • Antisepsia de piel. • Anestesia local. • Posición del paciente, en decúbito dorsal, el brazo a 90° y la cabeza lateralizada. • Punción suave. • Introducción lenta del catéter. • Comprobación de retorno. • Fijación. • Control RX.	• Durante las primeras 36 horas el enfermero debe: • Chequear que sea realizado el control radiográfico. • Realizar valoración y seguimiento, visualización del sitio de inserción en las primeras horas (registrar). • Evaluar la curación. • Observar la zona de colocación del CVC y descartar signos probables de complicación. • Brindar educación al paciente y a la familia sobre los signos de alerta. • Realizar insistentemente el lavado de manos.

Un tema de cuidado especial: la piel

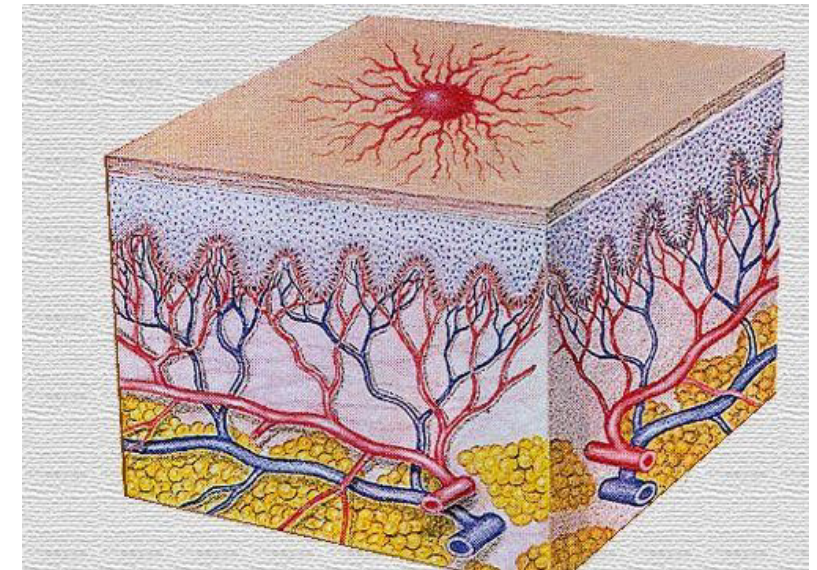
El cáncer o sus tratamientos producen modificaciones corporales que pueden alterar la imagen corporal del paciente, afectando la autoestima y el vínculo social con un alto grado de sufrimiento existencial.

Lesiones cutáneas neoplásicas

Se definen las lesiones cutáneas neoplásicas como la infiltración de la piel y los vasos sanguíneos y linfáticos por un tumor local o el crecimiento metastático de un tumor primario.

Tumor ulcerado: es aquel que, en su crecimiento, infiltra la piel produciendo una solución de continuidad. Estas infiltraciones dérmicas se clasifican en:

- ✓ Primarias: cuando el origen es el propio tumor.
- ✓ Secundarias: cuando el origen es una metástasis.



Evaluación específica de la lesión exofítica

En la evaluación se determinará:

- **Localización:** es importante, por el impacto emocional, determinar si la lesión puede ser cubierta de la vista de los demás.
- **Tamaño:** de la lesión.
- **Apariencia de la piel circundante:** eritematosa, frágil, nodular, macerada, con lesión originada por daño relacionado con radioterapia.
- **Apariencia de la lesión:** porcentaje de tejido necrótico, friabilidad tisular, riesgo de sangrado, olor, presencia de fístula, volumen exudado, infecciones.
- **Dolor superficial o profundo.**
- **Picazón o prurito.**
- **Potenciales complicaciones:**
 - ✓ Lesión cercana a un gran vaso: hemorragia, compresión vascular (isquemia).
 - ✓ Lesión cercana a la vía aérea: obstrucción de la vía aérea



Tratamiento del dolor crónico oncológico

Dolor total: Implica las diferentes dimensiones que modifican la percepción y manifestación de dolor, integrando en el concepto de sufrimiento los aspectos físico, psicológico, cultural, social, económico, espiritual... es decir, la multidimensionalidad del dolor.

El sufrimiento: es un complejo estado afectivo y cognitivo, caracterizado por la sensación que tiene el individuo de sentirse amenazado en su integridad, por el sentimiento de impotencia para hacer frente a dicha amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontarla.

Dolor crónico: es el cuadro doloroso que persiste más allá del curso normal de una enfermedad aguda o del tiempo en el que razonablemente se espera la reparación de los tejidos afectados, también es aquel que reaparece a intervalos por meses o años, ejemplo: neuralgia postherpética.

El dolor por cáncer: es uno de los síntomas más frecuentes, puede aparecer en todas las etapas de la enfermedad oncológica y especialmente en la fase avanzada. Considerando todos los tipos de tumores y estadios, el dolor aparece en el 80 % de los enfermos y es una de las principales causas de ansiedad, depresión, enojo, pérdida de autoestima, falta de esperanza y temor a morir.



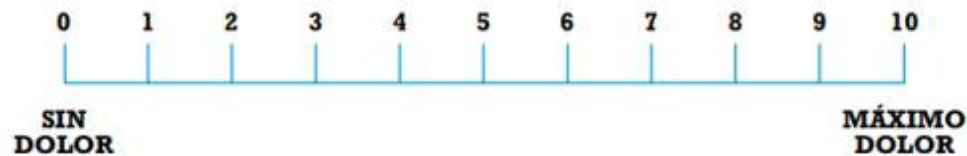
Valoración del paciente con dolor

Resulta muy importante valorar las características e intensidad del dolor del paciente. Esta evaluación se lleva a cabo a través de una prolija anamnesis, el examen físico, los métodos complementarios de diagnóstico y las interconsultas entre los colegas del equipo interdisciplinario de diferentes profesiones.

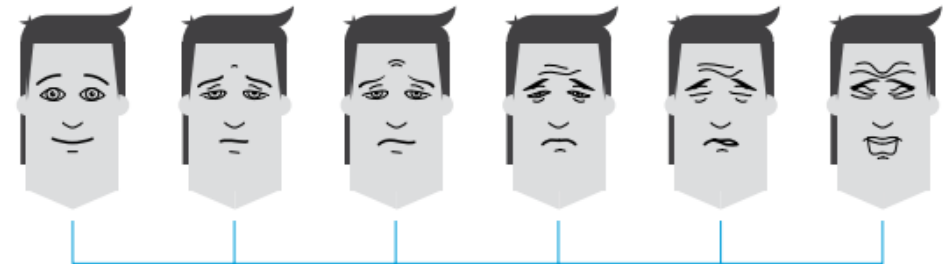
Instrumentos de evaluación del dolor

Existen herramientas o escalas de diversos tipos para la evaluación de la intensidad del dolor. Veamos las de uso más frecuente:

- ▶ **Escala visual numérica -EVN-:** 0 es "nada de dolor" y 10 es "el máximo dolor posible".
El paciente es consultado: "Del 0 al 10 ¿cuánto le duele?"
- ▶ **Escala visual análoga -EVA-:** el paciente marca su dolor en una línea de 10 cm.



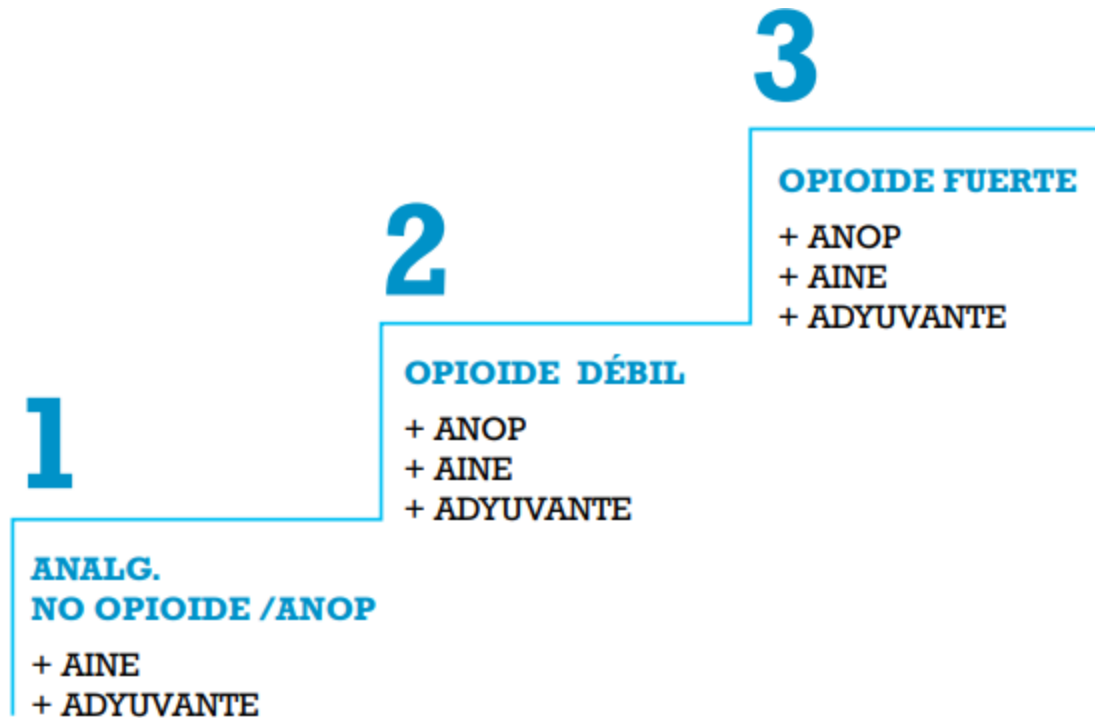
- ▶ **Escala visual análoga de caras o de expresión facial:** para pacientes pediátricos.



- ▶ **Escala verbal categórica -EVC-:** se usa cuando el paciente no es capaz de cuantificar su dolor con las escalas anteriores.
A través de una valoración verbal, se pregunta: ¿Le duele "mucho", "bastante", "poco" o "nada"?

Nada = 0 Poco = 4 Bastante = 6 Mucho = 10

Escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud

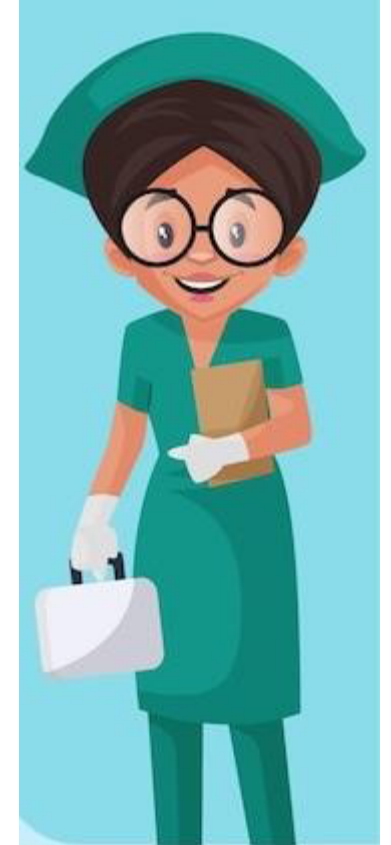


La utilización del método de la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) asegura eficacia en el alivio del dolor por cáncer en el 90 % de los pacientes.



Intervenciones de enfermería en el alivio del dolor

- Tener presente el concepto de dolor total cuando evalúa al paciente.
- Tratar de identificar la causa que provoca el dolor.
- Indagar si estuvo medicado previamente para ese dolor, con qué medicamento y si le sirvió.
- Evaluar la eficacia analgésica y si es necesario administrar dosis de rescate.
- Las dosis de rescate siempre son de liberación inmediata.
- Siempre indicar, junto a la dosis, la vía de administración del fármaco.
- Registrar los síntomas adversos que se presenten.
- Prevenir la constipación siempre.
- Para utilizar la vía oral, el paciente debe ingerir entre 1000 y 1500 ml de líquido por día como mínimo.
- Hablar con el paciente sobre su dolor y sobre los mitos acerca de los opioides.
- Hablar también con la familia de este tema.
- Proponerse objetivos realistas: en primer lugar, garantizar que el paciente pueda dormir sin dolor y luego, en lo posible, que esté de día sin dolor y pueda hacer alguna actividad y movimientos.



UNIDAD 3.
CUIDADOS
PALIATIVOS

Cuidados paliativos

La OMS definió este tipo de atención como “El cuidado total de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento activo. Son de especial relevancia el control del dolor y otros síntomas físicos, así como la atención a los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo de los cuidados paliativos es conseguir la mejor calidad de vida del paciente y su familia”



Según la OMS las bases de los Cuidados Paliativos son las siguientes:

Proporcionar alivio al dolor y otros síntomas que produzcan sufrimiento.

No tratar de acelerar la muerte ni retrasarla.

Integrar los aspectos psicosociales y espirituales en los cuidados del enfermo.

Ayudar a las personas enfermas a que rearmen su vida junto a sus familias y consideren la muerte como un proceso normal.

Ofrecer apoyo a los pacientes para vivir de la forma más activa posible hasta la muerte.



Según la OMS las bases de los Cuidados Paliativos son las siguientes:

A través de un enfoque de equipo, abordar las necesidades de los pacientes y sus familias, incluida la orientación para afrontar la pérdida de un ser querido, cuando sea pertinente.

Ofrecer apoyo a las familias durante la enfermedad y en el duelo.

Mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

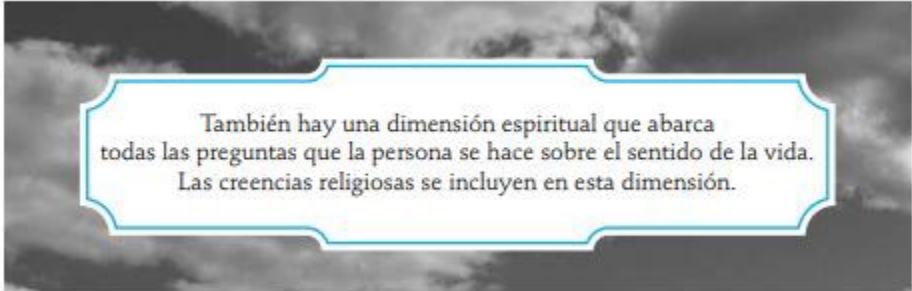
Se aplican también en las fases tempranas de la enfermedad junto con otras terapias dirigidas a prolongar la vida como radioterapia o quimioterapia.

Incluye también las investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.



Identificación de las necesidades de la persona con enfermedad incurable

Física	Control de los síntomas que aparecen como consecuencia del avance de la enfermedad o de los tratamientos concomitantes.
Psicoemocional	Soporte frente a alteraciones psicológicas o del estado de ánimo debidas a los cambios generados por la presencia de una enfermedad incurable, pérdidas o incremento de la dependencia. Apoyo emocional en las diferentes etapas de adaptación a la enfermedad terminal.
Social	Resolución de problemas familiares, laborales, económicos y de vivienda relacionados con los recursos económicos y el entorno.
Individual	Acompañamiento en el deseo de reconciliación y perdón, de hablar de la muerte y la trascendencia. Asistencia frente al sufrimiento existencial y sobre el significado, el propósito de la vida y la realización personal.



También hay una dimensión espiritual que abarca todas las preguntas que la persona se hace sobre el sentido de la vida. Las creencias religiosas se incluyen en esta dimensión.

Los aspectos psicoemocionales en la enfermedad avanzada:

La situación de enfermedad que amenaza la vida produce un alto impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo.



Equipos de trabajo

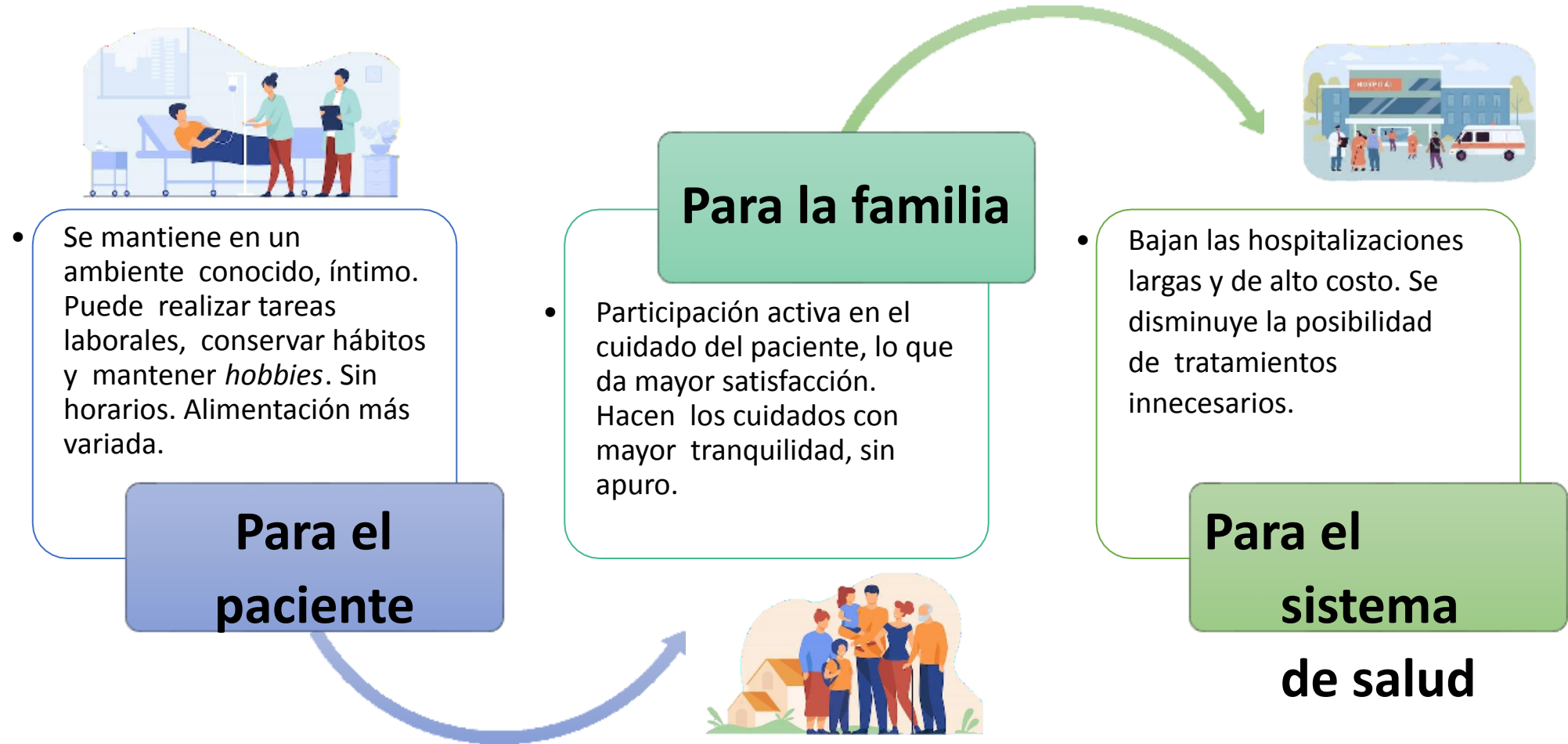


Equipos de trabajo: Los equipos profesionales deben contar con médicos, enfermeras especializadas, psicólogos, asistente social y acompañamiento espiritual. El grupo requiere de habilidades profesionales de alto nivel y de un cuidado experto, individualizado para cada paciente, atento a los detalles y sensible a las necesidades del paciente.



Atención domiciliaria: La conjunción de los cuidados paliativos y los sistemas domiciliarios requiere vocación de servicio, organización de los sistemas de salud y conocimientos científicos adecuados y actualizados. La utilización de sistemas domiciliarios organizados trae beneficios a los pacientes, disminuyendo hospitalizaciones largas y de alto costo, disminuyendo consultas innecesarias a servicios de urgencia y también disminuyendo el riesgo de tratamientos innecesarios y la posibilidad de caer en “encarnizamiento terapéutico”.

Lo cuidados domiciliarios trae beneficios:



Incorporación de la familia como parte del equipo

Optimizar el bienestar de paciente: Hacerlo parte del equipo, mejorando la autoestima del paciente al participar en la toma de decisiones familiares respecto a su tratamiento.

Preparar a la familia para el duelo: Es importante identificar al cuidador principal y valorar cómo le está afectando la situación, si está sobrecargado, de qué ayuda dispone, si hay signos de conflictos internos y si éstos le llegan al enfermo.

La comunicación: El recoger información del paciente, dar diagnóstico y pronóstico de una enfermedad oncológica, superar las dificultades que plantee la familia, entender y responder a las demandas del paciente según su grado de comprensión



Características de una buena comunicación

La escucha activa: implica centrarse en el otro para querer entenderlo. Es necesario observar de qué modo el otro transmite el mensaje e identificar sus reales necesidades. Para que la escucha sea atenta es necesario desarrollar la empatía, mostrar preocupación por lo que se está transmitiendo y expresar que el otro no va a ser juzgado y que se le cree lo que dice.

Escuchar más que oír: Escuchar es una destreza por medio de la cual una persona, de manera consciente y voluntaria, presta su atención a otra, de modo que pueda oír lo que se está diciendo. Escuchar no es un proceso pasivo, requiere máxima concentración y esfuerzo.

Estar atento a lo que no se dice: no siempre el que habla dice todo lo que realmente quisiera expresar, puede utilizar frases o palabras encubiertas y el interlocutor deberá estar atento para repreguntar, para ayudar al que habla a ser más claro con sus ideas o sentimientos.

El uso del silencio: es tan importante como el uso de las palabras. Las personas no siempre tienen que expresarse en palabras para desarrollar una buena comunicación





IMPORTANTE

Decir o no decir: cerco de silencio.

Una situación muy frecuente, que es necesario detectar adecuadamente, es el llamado “**cerco de silencio**”. Aparece cuando se construye una alianza entre los familiares y los miembros del equipo, con el objetivo de evitar que la persona enferma conozca cuál es su situación clínica, con ocultamiento o distorsión del diagnóstico o del pronóstico.

Si bien en la mayor parte de los casos este cerco pretende responder a la intención de proteger al enfermo, generalmente termina aislándolo, sumergiéndolo en la incomprensión y la tristeza, razón por la cual se debe prestar atención y elaborar en equipo la mejor estrategia para abordarlo. Como hemos dicho, en la evaluación, es importante indagar sobre las reales necesidades del paciente y las de la familia, con el objetivo de distinguir los factores que producen el ocultamiento de la verdad.



Intervenciones en el proceso de comunicación

- ✓ Dirigir la conversación hacia el paciente y la familia para detectar sus necesidades.
- ✓ Encontrar la manera adecuada de interrogar cuando es indispensable obtener información específica.
- ✓ Intentar comprender las percepciones del enfermo acerca de su enfermedad o de su situación.
- ✓ Estimular al enfermo a compartir sus sentimientos.
- ✓ Considerar edad, sexo, contexto cultural, experiencias vitales, actitudes y preferencias del paciente mientras planea cómo asistirlo.
- ✓ Escuchar atentamente e identificar los mensajes verbales y no verbales emitidos por el paciente.
- ✓ Observar los gestos, la expresión facial, la postura, el tono de voz de su interlocutor.
- ✓ Identificar las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales en el enfermo y su familia.
- ✓ Desarrollar la intuición y escuchar lo que no se dice.
- ✓ Permitir períodos de silencio en una conversación, manteniéndose tranquilo.
- ✓ 4Alentar al paciente a expresar todo lo que piensa.
- ✓ Proporcionar retroalimentación y empatía.
- ✓ Ser capaz de guiar la interacción, de un nivel superficial a problemas más complejos.
- ✓ Respetar la confianza cuando recibe información confidencial.

