

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
DIVISION DE RECTORIA Y REGULACION SANITARIA
DEPARTAMENTO PREVENCIÓN Y CONTROL
DE ENFERMEDADES
UNIDAD DE CÁNCER

*Si puedes curar,
Cura,
Si no puedes curar,
Alivia,
Si no puedes aliviar,
Consuela...*



**PROTOCOLO
ALIVIO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
PARA EL NIÑO CON CÁNCER**

2005



Este documento ha sido elaborado por Ministerio de Salud, y es de su propiedad
ISBN 956-7711-39-9

Oficializada como Norma General Técnica N°32 por Resolución Exenta N°129 del
Departamento de Asesoría Jurídica del Ministerio de Salud con fecha 18 de Enero de 1999.
Santiago de Chile.



Su reproducción ha sido posible gracias al apoyo de la OPS/OMS Chile.

Portada: "El niño enfermo", 1902, Pedro Lira, pintor chileno, óleo sobre tela,
Colección Museo Nacional de Bellas Artes.

AUTORES

Comisión Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos para el niño con cáncer

Dra. Natalie Rodríguez
Encargada Nacional del Protocolo
Hospital Roberto del Río
Ministerio de Salud

Dr. Mauricio Campos
Hospital L. Calvo Mackenna

Dra. Claudia Paris
Hospital L. Calvo Mackenna

Dr. José Santander
Hospital Exequiel González Cortes

Dra. M. Elisa Naledach
Hospital Exequiel González Cortes

Dra. M. Inés Lagos
Hospital Base Puerto Montt

Dra. Claudia Norambuena
Dra. Nury Moliné
Hospital Regional de Talca

Dra. Mónica Varas
Hospital San Juan de Dios

Dra. Carolina Campos
Hospital Sótero del Río

Dra. M. Magdalena Fernández
Hospital Sótero del Río

Dra. M. Claudia Carmona
Hospital Gustavo Fricke

Enf. Rina González
Docente Hospital Sótero del Río

Enf. Claudia Farías
Enf. Chery Palma
Hospital Roberto del Río

Enf. M. José Errázuriz
Hospital Luis Calvo Mackenna

Enf. Cecilia Santelices
Hospital Regional de Talca

Enf. Ivania Bolados
Hospital de Antofagasta

Enf. María E. Carrasco
Hospital Exequiel González Cortes

Co-autores y Comisión Revisora

Dra. Gilda Gnecco
Jefa Unidad de Calidad Facultad de Medicina
Universidad de Chile

Dra. Myriam Campbell
Coordinadora Nacional PINDA
Unidad de Cáncer
Div. Prevención y Control de Enfermedades
Ministerio de Salud

Qf. Gonzalo Ramos
Encargado Unidad de Farmacia
Div. Políticas Públicas Saludables y Promoción
Ministerio de Salud

Enf. Cecilia Reyes
Encargada Programa de Salud del Niño
Div. Prevención y Control de Enfermedades
Ministerio de Salud

Enf. M. Lea Derio
Encargada Cáncer del Niño
Coordinadora Nacional Programa Alivio del Dolor
por cáncer y Cuidados Paliativos
Unidad de Cáncer
Div. Prevención y Control de Enfermedades
Ministerio de Salud

Dra. María Antonieta Rico
Past President
A. Chilena para el Estudio del Dolor.
Cap. Chileno de la IASP
Asesora PAD y CP
Ministerio de Salud

INDICE

	Página
1.- Generalidades.....	5
1.1 Antecedentes.....	5
1.2 Definiciones.....	5
1.3 Magnitud del problema.....	7
1.4 Principios en el manejo del dolor según la OMS.....	7
2.- Objetivos Generales.....	9
3.- Objetivos Específicos.....	9
4.- Criterios de Inclusión.....	10
5.- Evaluación Inicial y Registro.....	10
5.1 Evaluación del dolor	10
5.2 La intensidad del dolor	11
5.3 Ingreso al PAD y CP	14
5.4 Estado general	15
5.5 Situación familiar	16
5.6 Educación para el autocuidado	16
6.- Egresos	17
7.- Tratamiento del dolor por cáncer	17
7.1 Protocolo Alivio del dolor por cáncer	18
7.1.1 Sedación y manejo del dolor en los procedimientos médicos y exámenes radiológicos.....	18
7.1.2 Control del dolor causado por enfermedad o como complicación del tratamiento	19
8.- Anexos.....	24
Bibliografía.....	31

1.- GENERALIDADES

1.1. ANTECEDENTES

Los progresos obtenidos en la detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los tumores malignos del niño y el adolescente, se traducen en un aumento sostenido del porcentaje de curación y sobrevida. Esto constituye uno de los logros más significativos de los últimos años en el campo de la oncología Internacional y en Chile. En nuestro país, estos avances se relacionan con la constitución, en 1988, del Programa Nacional Infantil de Drogas Antineoplásicas (PINDA), que el 24 de marzo del año 2002, por Resolución Exenta N° 166 del Depto. de Asesoría Jurídica del ministerio de Salud, se transforma en la Sub-Comisión Nacional de Cáncer Infantil dependiente del Programa Nacional de Cáncer del Ministerio de Salud (MINSAL).

El trabajo protocolizado, unificado y coordinado a nivel nacional, ha permitido alcanzar cifras de sobrevida globales de 70% en los niños con cáncer. Estas cifras son similares a las de países europeos.

La sobrevida alcanzada, impone nuevos desafíos con relación al cuidado integral y en particular, cuando no existen alternativas terapéuticas que permitan su curación.

El Alivio del Dolor por cáncer (AD) y los Cuidados Paliativos (CP) es uno de los tres programas prioritarios de la OMS en el mundo. En el año 1993 un grupo de expertos entregó a la OMS, los lineamientos generales sobre el tratamiento del dolor y cuidados paliativos en el niño con cáncer, generándose un documento publicado en 1998. En Chile, el MINSAL desde 1994 se ha preocupado del Alivio del Dolor en cáncer y Cuidados Paliativos, dirigida inicialmente a la población adulta que sufre de cáncer, quienes representan el 99% de la población enferma. En 1994, se conformó un grupo de expertos de diferentes disciplinas y especialidades, quienes se abocaron a la elaboración de las Normas Nacionales del programa, editándolas en 1998. Durante el curso de la VI Jornada Nacional del programa en el año 2002, el conjunto de expertos y encargados del PAD y CP del país actualizó los protocolos de control del dolor y otros síntomas considerando las evidencias disponibles.

El presente protocolo forma parte de la Norma General Técnica N° 32 de esta Secretaría de Estado.

Respecto del tratamiento del dolor oncológico infantil, en cada uno de los 13 centros oficiales para la atención integral de los niños con cáncer, se realizaba, el Alivio del Dolor por cáncer infantil y Cuidados Paliativos, sin embargo, no se había consensuado un protocolo común.

Con este propósito, a fines del año 2002, se crea un Comité de Alivio del Dolor por cáncer y CP para el paciente oncológico pediátrico; cuyos objetivos a corto plazo son:

- impulsar la formación y capacitación de equipos interdisciplinarios en las Unidades de Alivio del Dolor y CP, ubicadas al interior de los 13 centros oficiales del PINDA.
- utilizar el Protocolo de Alivio del Dolor y CP, que permita asegurar el control efectivo del dolor y el tratamiento de síntomas molestos.
- procurar en cada niño y a su familia la mejor calidad de vida.

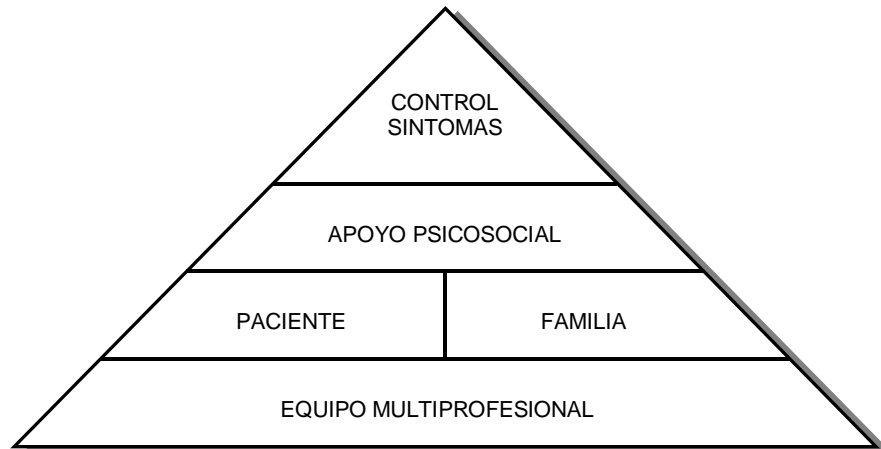
1.2. DEFINICIONES

a) Enfermedad oncológica en etapa avanzada:

Se preferirá este término al de "terminal", para hacer referencia a la presencia de una enfermedad grave, progresiva y en la que no existen posibilidades de respuesta a un tratamiento específico, asociada a numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples y cambiantes. (Sociedad Española de Cuidados Paliativos, SECPAL).

b) Cuidados Paliativos:

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



Esquema propuesto por el Programa Nacional de Alivio del dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos 1998, Chile

De acuerdo con la SECPAL, las bases de la terapéutica paliativa son:

- Atención integral que considere: los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales (atención individualizada y continua).
- El enfermo y la familia son la unidad a tratar.
- Promoción de la autonomía del paciente y su familia.
- Concepción terapéutica activa, superar el “no hay más que hacer”: “**Cuidados Intensivos de Confort**”.

La calidad de vida y confort de los enfermos antes de su muerte, pueden mejorar con los cuidados básicos de la medicina paliativa:

- **Control de síntomas:** reconocer, evaluar y tratar los numerosos síntomas que aparecen y que inciden sobre el bienestar del paciente y su familia.
- **Apoyo emocional y comunicación** con el enfermo, familia y equipo terapéutico, estableciendo una relación franca y honesta, durante la enfermedad y el duelo.
- **Cambios en la organización** que permita el trabajo interdisciplinario y una adaptación flexible a los objetivos cambiantes del niño con cáncer.
- **Presencia de un equipo interdisciplinario** capacitado, con asignación de funciones, horas disponibles y planta física reconocible.

La moderna concepción de la asistencia al enfermo terminal, incluye la **intervención del paciente mismo y de sus familiares**, incluso en las decisiones de orden médico, y la contribución de **un equipo lo más numeroso posible**, para que entre todos se repartan la tarea asistencial. (De Conno)

c) Dolor:

“Desagradable experiencia sensorial y emocional que se asocia a una lesión actual o potencial de los tejidos o que se describe en función de dicha lesión” (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), Seattle, Washington).

Desde el punto de vista clínico y relacionado con el órgano o sitio de activación del impulso doloroso existen 4 tipos de dolor: somático, visceral, neuropático y mixto. En el paciente oncológico este dolor puede presentarse por la enfermedad cancerosa, por los procedimientos diagnósticos o quirúrgicos u otras patologías asociadas (ver Anexo N°1).

El **dolor por cáncer** se podría definir como "un dolor agudo de larga duración", puesto que existe una preponderante presencia de dolor de origen orgánico, pero a diferencia del agudo se caracteriza por el proceso de duelo, ante la inminencia de la muerte. Reúne las características del dolor crónico y del dolor agudo.

1.3. MAGNITUD DEL PROBLEMA

En Chile, se estima que habrá 517 casos nuevos de cáncer infantil el año 2004, de éstos más del 85% se atiende en los 13 centros oficiales para la atención integral del niño con cáncer, ubicados en los establecimientos de mayor complejidad del sector público.

Basado en el número de pacientes que atiende cada centro y considerando que la incidencia del dolor en los pacientes con cáncer es 25% en los estadios iniciales, 50% en la evolución de la enfermedad y sobre 75% en estadios avanzados, la Unidad de Cáncer del MINSAL, estima que el 2003 habrá cerca de 36.525 casos nuevos de cáncer en todos los grupos de edad, de éstos 29.219 requerirán de alivio del dolor en todas las etapas de la enfermedad.

Los beneficiarios del sector público ascenderían a 21.038. El 53% de ellos requerirá en algún momento de Cuidados Paliativos, ello representa algo más de 11.500 personas; entre un 1,0 a 1,5% serían menores de 15 años (180 niños).

1.4. PRINCIPIOS EN EL TRATAMIENTO INTEGRAL DEL DOLOR SEGUN LA OMS

- En el niño, el dolor por cáncer es complejo, requiere de un abordaje multidisciplinario. Múltiples factores como el entorno físico, las actitudes de la familia, del cuidador y del equipo interdisciplinario, pueden incrementar o disminuir el dolor.
- El tratamiento integral del dolor, se basa en la condición holística del niño, con necesidades variables, según su edad, desarrollo psicomotor, tipo de tumor maligno, etapa de la enfermedad y la biografía dolorosa.
- La escala analgésica de la OMS deberá ser utilizada para seleccionar las drogas analgésicas. La intensidad del dolor del niño determina el tipo y la dosis del analgésico.
- Las dosis analgésicas correctas deberán ser administradas a intervalos regulares “por reloj” y no “por demanda”.

- Se deberá usar vía oral para administrar los analgésicos, siempre que sea posible.
- La dosis apropiada de un opioide es la dosis que alivia el dolor. Algunos niños pueden necesitar dosis de opioides consideradas como altas para lograr el alivio.
- Se considera que sobre el 85%¹ de los niños logra aliviar el dolor por cáncer con medidas farmacológicas de bajo costo y fácil implementación.
- El miedo a la “adicción” por opioides es una de las principales razones que evita el suministro de una analgesia adecuada a los niños con dolor severo. Ese miedo exagerado debe ser eliminado y corregido.
- Los efectos colaterales de los opioides deben ser tratados en forma anticipada (preventiva), evaluados en cada control y tratados enérgicamente.
- Tanto la reducción como la suspensión de la dosis de un opioide, debe realizarse en forma gradual para evitar una crisis de dolor severo o un síndrome de abstinencia.
- Aún cuando la comprensión acerca de la muerte en un niño varía en las diversas etapas de su desarrollo, a menudo saben cuando están muriendo. Las principales preocupaciones de los niños, de todas las edades con una enfermedad terminal, son el miedo al abandono y el miedo al sufrimiento. Los profesionales de la salud, por consiguiente, deberán priorizar los cuidados a estos niños, cautelando su calidad de vida y la permanencia de las personas que aman junto a ellos.
- Los cuidados paliativos deben ser completos y abordar las necesidades físicas, psicológicas, culturales y espirituales. Estos cuidados pueden ser proporcionados en el hogar, si así se desea y si se dispone de la organización sanitaria suficiente.
- Armonizar la relación de drogas o medicamentos que alivian el dolor y otras que controlan los síntomas molestos, así también, asociar las intervenciones psicosociales, sea en conjunto o bien separadas por prácticas cognitivas, de la conducta, alternativas físicas o bien de soporte y apoyo; éstas pueden ser realizadas por miembros de la familia debidamente capacitadas.
- El tratamiento del dolor es un proceso continuo, comienza con el diagnóstico y continúa durante todo el curso de la enfermedad.
- El dolor por cáncer avanzado infantil, requiere del diagnóstico de esta condición por un especialista. Comienza con el ingreso al programa a través de la evaluación del dolor por cáncer inicial.
- Al mismo tiempo que se provee alivio, la causa que lo origina deberá ser determinada y tratada cuando sea posible.
- En los niños, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos son causa del mayor porcentaje de dolor, éste debe ser reconocido y tratado en forma preventiva.
- Todos los antecedentes de evaluación del dolor y otros síntomas, deben quedar claramente registrados.

¹ Estándar OMS.

2.- OBJETIVOS GENERALES DEL PROTOCOLO

- a) Contribuir a mejorar la calidad de vida del niño con cáncer en etapa avanzada y la de su familia.
- b) Procurar a cada niño una muerte digna.

3.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

GESTIÓN

- a) Conformar y mantener a los equipos de Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos (AD y CP), en cada centro de atención integral de cáncer del niño, PINDA, ubicados en los establecimientos de mayor complejidad. Este equipo se denomina “equipo motor” que considera: médico, enfermera y químico-farmacéutico capacitados en AD y CP. Cada centro debe incluir además otros profesionales y voluntarios que considere necesarios para el mejor cumplimiento de los objetivos.
- b) Mantener un registro sistemático, continuo, válido y confiable de los pacientes que ingresen a AD y CP (etapas avanzadas de la enfermedad), para ello utilizará los registros estandarizados del programa.
El alivio del dolor por cáncer terminal y otros síntomas molestos es el motivo prioritario del Sistema Auge.
- c) El “equipo motor” es el responsable de la gestión local del PAD y CP, deberá cautelar que todos los analgésicos e insumos prioritarios estén contenidos en el arsenal farmacéutico local y que su adquisición se efectúe según esta programación.
- d) El “equipo motor” es el responsable del monitoreo mensual y de la evaluación anual del PAD y CP, según la pauta nacional de evaluación.
- e) El “equipo motor” es responsable de coordinar el PAD y CP con los centros hospitalarios y consultorios de origen, en el caso de aquellos pacientes que retornan a su domicilio en lugares alejados de los centros donde fueron diagnosticados y tratados.
- f) El “equipo motor” es responsable de capacitar a los equipos de salud sobre AD y CP (servicios de urgencia, nivel de atención secundaria (ATS), nivel de atención primaria (APS): consultorios urbanos, rurales, y otros de la red asistencial intraservicio de Salud.)

ASISTENCIA

- g) Evaluar, registrar y tratar el dolor y los síntomas molestos durante todo el proceso de atención.
- h) Aliviar el dolor y paliar los síntomas físicos, psicológicos y espirituales.
- i) Extender los cuidados paliativos al domicilio del niño, considerando las condiciones familiares y ambientales en cada caso.
- j) Asegurar la dispensación de analgésicos, otros fármacos e insumos necesarios para el alivio del dolor y CP, tanto en los centros hospitalarios como en domicilio.
- k) Apoyar y acompañar al niño y a su familia durante la fase final de la enfermedad y durante el proceso del duelo.
- l) Educar al paciente y a su familia para el autocuidado y la preservación de la autonomía.

Las unidades de oncología infantil deben trabajar integradamente con la unidad AD y CP.

4.- CRITERIOS DE INCLUSION

TENDRÁN PRIORIDAD:

- Todos los niños menores que sean beneficiarios de la ley 18.469 de FONASA y que presenten patología oncológica en etapa avanzada, derivados e ingresados al PAD y CP (ver definiciones).
- Todos los niños beneficiarios mayores de 15 años, tratados por el PINDA, que se encuentren en etapa de seguimiento o se encuentren en tratamiento con protocolos oficiales de recaídas y que presenten patología oncológica en etapa avanzada.
- No existirán exclusiones.

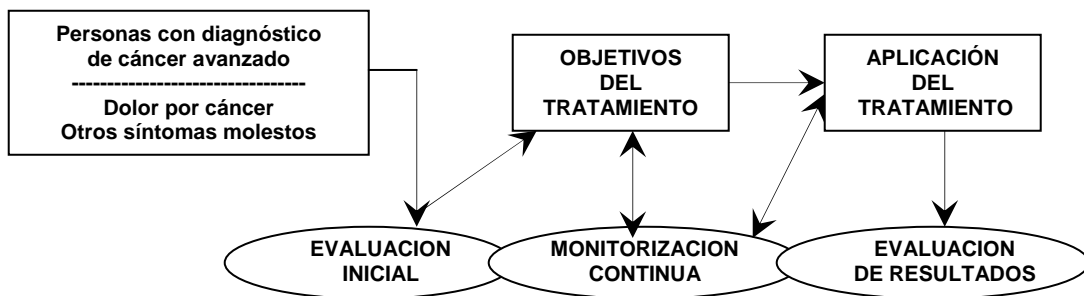
5.- EVALUACION Y REGISTRO

- En caso de pacientes que precisen algún procedimiento (punción lumbar, mielograma, instalación de catéter, y otros), registrar el procedimiento y los fármacos utilizados según pauta diseñada en cada centro. Las recetas extendidas deberán ser identificadas con los datos del paciente y la frase **“ALIVIO DOLOR/PROCEDIMIENTO”**.
- Si el dolor se presenta en un paciente al diagnóstico de su patología oncológica, en relación a patologías intercurrentes, cirugía o en cualquier etapa de su evolución, el médico tratante y el personal de enfermería debe realizar una evaluación del dolor en relación a localización, tipo de dolor, su intensidad según escalas de evaluación del dolor que se especifican más adelante (FLACC, “Caras”, EVA). Todas las recetas extendidas en estos casos, por los analgésicos requeridos deberán ser identificadas con los datos del paciente y con la frase **“DOLOR POR CANCER”**.

5.1 EVALUACION DEL DOLOR

El dolor es esencialmente una experiencia subjetiva..."para conocer acerca del dolor de una persona hay que pedirle a ella que lo describa"... Melzack y Wall; y... "hay que observar su conducta"... Fordyce.

ESQUEMA DEL PROCESO DE INTERACCION TERAPEUTICA ¿CÓMO EVALUAR?



La **evaluación inicial** deberá incluir especialmente:

- Historia personal detallada.
- Examen físico.
- Características del dolor: localización, irradiación, frecuencia, duración e intervalos, calidad, severidad, factores que lo agravan, factores de alivio,
- Registro en la ficha clínica del paciente.

Preguntas claves respecto del dolor

- ¿Dónde siente el dolor?
- ¿Cómo lo siente: agudo, monótono, palpitante, constante?
- ¿Cuán intenso siente el dolor?
- ¿Cuánto tiempo dura?
- ¿Qué alivia el dolor y qué lo empeora?
- ¿Qué medicamentos está tomando para el dolor y cuánto lo mejoran?

Otras preguntas de importancia respecto del dolor

- Consecuencias del dolor en la actividad, reposo, sueño, humor, relaciones interpersonales.
- Tratamiento analgésico previo.
- Examen físico.
- Evaluación psicosocial (del paciente y su familia).
- Evaluación de los síndromes dolorosos comunes por cáncer.

También es importante considerar durante la evaluación inicial, como durante los controles:

- Aspectos del comportamiento verbal referidos a las características espacio - temporales de intensidad y cualidades del dolor.
- Aspectos del comportamiento verbal y no verbal considerados socialmente significativos o indicativos de dolor (conductas de dolor).
- Indicadores de incapacidad o invalidez y de la interferencia en el nivel de actividad habitual y del estilo de vida.

5.2 ESCALAS DE EVALUACIÓN DEL DOLOR

La intensidad del dolor será evaluada según la edad del paciente de la siguiente manera:

ESCALAS DE EVALUACIÓN DOLOR SEGUN EDAD

0-3 años	Comportamiento	FLACC
3-5 años	Auto evaluación	FLACC
5-13	Auto evaluación	Escala Facial
> 13	Auto evaluación	Escala Visual Análoga, EVA

ESCALA DE FLACC

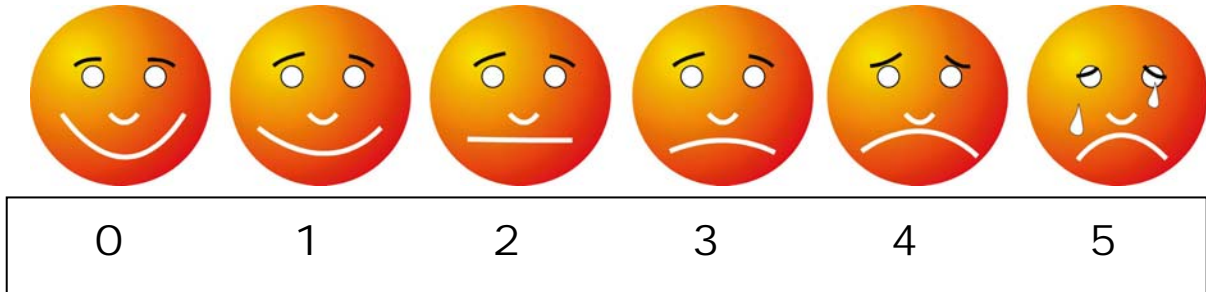
CATEGORIA		0	1	2
FACE (F)	Expresión facial	Normal	Muecas	Afligida
LEGS (L)	Piernas	Relajadas	Móviles	Flexión
ACTIVITY (A)	Actividad	Normal	Movimiento permanente	Quieto
CRY (C)	Llanto	Sin Llanto	Gemidos	Llanto
CONSOLABILITY (C)	Consolabilidad	No requiere	Distraíble	No consolable

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

¿Cómo utilizar la Escala FLACC?

- Esta escala se utiliza en niños menores de 5 años.
- Está basada en la observación del niño.
- La observación de su conducta a través de la expresión, actitud, postura, verbalización, gemidos y llanto.
- El puntaje máximo = 10 puntos.
- Es importantes considerar que algunos cambios de conducta pueden ser reflejo de la enfermedad o ser consecuencia de estímulos ambientales distintos al dolor.
- Se recomienda observar presencia de actitudes corporales antiálgicas y observar conductas antes y después de analgésicos. Los niños que han vivenciado procedimientos dolorosos pueden desarrollar conductas estereotipadas frente al dolor (risa nerviosa, rascarse, apretarse las manos, acostarse rígidos, orinarse, otros)

ESCALA FACIAL DEL DOLOR



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

¿Cómo utilizar la Escala Facial del Dolor “Caritas”?

- Niños que verbalizan.
- Permite evaluar la intensidad del dolor por cáncer y el grado de alivio.
- Es un instrumento específico y sensible. Validado y confiable en niños mayores de 5 años y hasta 13 años. Los límites de edad pueden variar según la capacidad de abstracción del niño.
- Presenta 6 caritas que muestran distintas expresiones faciales.
- Varía desde la sonrisa para la ausencia de dolor, hasta el llanto con efusión de lágrimas para el dolor intenso.
- Se presenta al niño pidiéndole que elija la carita que más se asemeja a su cara de dolor o a su “pena por dolor”.

ESCALA VISUAL ANALOGA, EVA

0 _____ 10

Sin dolor

dolor insoportable

Puntuación Escala EVA	Descripción
0	Sin dolor
1 - 2	Dolor leve
3 - 4	Dolor moderado
5 - 6	Dolor intenso
7 - 10	Dolor severo Duele tanto como puedas imaginar

¿Cómo utilizar la escala visual análoga?

- Este instrumento permite evaluar la intensidad del dolor y también el grado alivio experimentado. Es un instrumento específico y sensible. Validado y confiable en adultos.
- Representa una “regla” en que uno de los extremos simbolizan la ausencia de síntoma y el otro la máxima intensidad del mismo. Debe presentarse siempre en la misma forma. No debe mostrar números.
- Evaluación de la intensidad del dolor. Se presenta en forma horizontal o vertical, explicándole que un extremo es la “ausencia de dolor” y el otro el “dolor máximo imaginable”. Originalmente utiliza un cursor, el que debe ser presentado siempre en el mismo punto (al inicio o al medio).
- La intensidad del dolor así registrado crece a medida que se avanza desde el extremo de ausencia de dolor hacia el de dolor máximo imaginable.
- En PAD y CP, la utiliza en forma horizontal sin cursor.

5.3 INGRESO AL PAD Y CP

- Los niños con enfermedad oncológica avanzada que ingresen al protocolo de cuidado paliativo, la solicitud de ingreso debe ser realizada por el médico tratante especialista por medio de una Interconsulta al equipo de la Unidad de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos.
- El ingreso al PAD y CP, no invalida que continúe su atención con el oncólogo y el médico paliativista.
- Al ingreso al PAD y CP, el niño y su familia, deberán ser evaluados por el equipo encargado consignando:
 - Los datos demográficos y diagnóstico del tumor maligno, son indispensables.(biopsia)
 - Presencia o no de dolor, tipo de dolor (visceral, somático, neurogénico o mixto), localización, intensidad (evaluado según escalas anteriores).
 - Otros síntomas asociados (evaluado según escalas anteriores).
 - Tanto el dolor como los otros síntomas molestos deberán ser evaluados al ingreso y en cada control y deberán quedar consignados en la ficha clínica y libro o base de datos del Programa.

5.4 EVALUACION DEL ESTADO GENERAL

Se denomina así, al "estado general" de un paciente oncológico: es un elemento clínico que permite tomar decisiones en cuanto a las intervenciones terapéuticas según el estado general percibido por el equipo tratante y la expresión del propio enfermo. Tiene carácter pronóstico en todas las etapas de la enfermedad oncológica. Existen a lo menos tres escalas que a través de la objetivación del nivel de sintomatología y del grado de deambulación o postración determinan niveles o grados de compromiso de este estado general.

- 1.- INDICE DE KARNOFSKY (IK)** Escala que va desde un nivel 100 % (paciente asintomático) a un nivel de 10 % (paciente moribundo).
- 2.- ESCALA DE ZUBROD** Escala de la ECOG. Va de un nivel 0 (paciente con actividad normal), a un nivel 4 (paciente postrado permanentemente o moribundo).

En la mayoría de los protocolos de tratamiento oncológico, se excluyen de la terapéutica quirúrgica, radiante o de quimioterapia, a aquellos con índice = 3 - 4 de la escala Performance estatus, ECOG (PS), y aquellos bajo 40% del índice Karnofsky (IK); dado el no beneficio logrado con estas intervenciones terapéuticas.

ESCALA DE PERFORMANCE STATUS DE LA ECOG²(ESCALA PERFORMANCE STATUS (PS))

ETAPA 0	(I.K. 100 - 90 %)	Actividad normal
ETAPA 1	(I.K. 80 - 70 %)	Síntomas de enfermedad, pero ambulatorio y capaz de desarrollar actividades del diario vivir.
ETAPA 2	(I.K. 60 - 50 %)	Ambulatorio más del 50 % del tiempo.
ETAPA 3	(I.K. 40 - 30 %)	En cama más del 50 % del tiempo.
ETAPA 4	(I.K. 20 - 10 %)	Postrado. Debe permanecer en cama o sentado permanentemente. Incapacidad total. Necesita cuidados de enfermería.

ESCALA DE LANSKY (Performance estatus, o estado general del niño)

- Representa el grado de autonomía del niño frente a sus actividades cotidianas.
- También dependiendo de su edad, representa el nivel o grado de vigilia y su conexión con el medio, los estímulos y en particular con las personas queridas.

² La inclusión de este parámetro se aceptó entre las Conclusiones de la IV Jornada Nacional Programa Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos, Minsal, 2000.

LS	DESCRIPCIÓN
100	Plenamente activo.
90	Limitación mínima en actividades físicas extenuantes.
80	Activo, pero se cansa más rápidamente en juegos extenuantes.
70	Juega menos o dedica menos tiempo a juegos activos.
60	Encamado hasta el 50% del día, muy pocos juegos activos con asistencia y supervisión.
50	Precisa considerablemente asistencia para cualquier juego activo; es capaz de participar en juegos reposados.
40	Pasa la mayor parte del día en la cama; capaz de iniciar actividades reposadas.
30	Frecuentemente dormido; precisa notable ayuda para realizar actividades reposadas.
20	No juega; no se levanta de la cama; participación pasiva (mirar T.V., etc.)
10	No responde a estímulos.
0	Exitus.

Para efectos del Programa Nacional de Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos, será imprescindible consignar al ingreso y en cada control o contacto

5.5 SITUACION FAMILIAR

Situación familiar: familiar a cargo del paciente, condiciones del hogar para continuar los cuidados, posibilidades de traslado al hospital en caso de urgencia y disposición de la familia a realizar CP en domicilio.

5.6 EDUCACION PARA EL AUTOCUIDADO FAMILIAR

Programar la Educación para el autocuidado familiar, iniciando la primera sesión educativa en ese instante. Es recomendable el uso de un cuaderno (el que siempre se traerá a cada control, se mantendrá en poder de la familia, donde el equipo consignará los cuidados especiales, incluirá el material educativo y también el calendario de educaciones).

Esta información deberá ser registrada en el formulario de notificación mensual (ver anexo N° 2) el que deberá ser enviado a la Unidad de Cáncer MINSAL (Programa Nacional de Cáncer: cancer@minsal.cl)

Estos datos permitirán al equipo tratante organizar la atención, en cuanto a la modalidad más adecuada: hospitalaria, ambulatoria o en domicilio. Así también, la resolución de problemas simples vía telefónica y también de su derivación al lugar de origen según flujograma, (ver anexo N° 3) Es deseable la existencia de anexo telefónico y fax.

Se intentará favorecer siempre la **atención en domicilio**, pero de manera flexible, según la disposición de cada familia.

Si el paciente y su familia vuelven a su ciudad de origen, el equipo de CP que funciona en la Unidad de Oncología que atendió al niño durante la evolución de su enfermedad, (equipo motor) debe enviar un resumen detallado de las medidas terapéuticas a seguir y contactarse telefónicamente con el profesional encargado de continuar el CP, manteniendo una comunicación fluida con los padres y el personal médico y paramédico.

Todas las recetas emitidas por fármacos destinados al control del dolor y de síntomas asociados, deberán ser identificadas con el nombre del paciente y la frase "CUIDADOS PALIATIVOS", el código de la atención (300 20 23).

6.- EGRESOS

Para efectos del Programa Nacional de Alivio del Dolor por cáncer y Cuidados Paliativos, se considera **egreso** al niño que:

- Abandona el protocolo de tratamiento en forma voluntaria explicitada por sus padres o cuidadores legales.
- Emigra al sector privado.
- Por fallecimiento.

7.- TRATAMIENTO DEL DOLOR POR CÁNCER

La percepción del dolor es un fenómeno complejo, tanto en la causalidad como en los mecanismos fisiopatológicos involucrados. Es por eso que su evaluación y control debe ser abordados en distintos niveles y con variados métodos.

1. Modificando los aspectos del tumor maligno factible de corregir: cirugía, radioterapia, terapia hormonal y quimioterapia paliativa (esta decisión debe ser tomada en el Comité de Dolor).
2. Modificando la generación de estímulos nociceptivos: antiinflamatorios y coadyuvantes.
3. Modificando la percepción del dolor en el SNC: fármacos de acción central (opioides y psicofármacos), apoyo psicológico (técnicas hipnóticas, relajación y otros), soporte espiritual, educación y otros.
4. Interrumpiendo la transmisión del dolor: bloqueos nerviosos, neurocirugía, estimulación del SNC, y otros.
5. Modificando el estilo de vida: psicoterapia, terapia ocupacional, fisioterapia, educación para el autocuidado de la salud y otros.

<p>LA PIEDRA ANGULAR EN EL ALIVIO DEL DOLOR POR CÁNCER ES LA EVALUACIÓN CONTINUA DEL SINTOMA Y EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.</p>

7.1. PROTOCOLO ALIVIO DEL DOLOR POR CÁNCER

7.1.1. SEDACION Y CONTROL DEL DOLOR EN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y EXÁMENES RADIOLÓGICOS

Para los niños que se encuentran en la etapa inicial de su enfermedad oncológica y durante su tratamiento, el dolor producido por los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, es habitualmente peor que el producido por la enfermedad misma.

El alivio oportuno y adecuado de este dolor, disminuye la ansiedad del niño frente a dichos procedimientos y mejora la adhesión al tratamiento del niño y su familia.

Se seguirá el siguiente esquema de tratamiento:

- a) Explicar el procedimiento al paciente y padres.
- b) Utilizar técnicas de relajación o hipnosis por personal entrenado si el niño lo requiere y su familia lo conciente.
 - Mantener al paciente acompañado por sus padres y favorecer todas las medidas de confort en la sala de procedimientos (temperatura adecuada, música, otros.)
- c) **EMLA local (Eutecaína en crema):** mezcla de anestésicos locales tópicos (2,5% Lidocaína y 2,5% Prilocaína) que se aplica en la piel con un parche oclusivo, 60 minutos previo al procedimiento (venopunción, punción reservorio catéter subcutáneo, punción lumbar, mielograma). La duración del efecto es de 1-4 hrs.
 - Las **precauciones** a considerar en el uso del EMLA son:
 - Evitar aplicación sobre superficies mucosas.
 - No usar en menores de 6 meses, por la metahemoglobinemia que pueden causar los metabolitos de la prilocaína.
- d) **Lidocaína:** se aplica subdérmica en caso de punción ósea para mielograma o biopsia ósea, además del uso de EMLA.
- e) **Midazolam:** sedante Benzodiazepínico de acción rápida y de corta duración. Tiene efecto ansiolítico, relajante muscular, hipnótico y anticonvulsivante. No tiene efecto analgésico, por lo que frente a procedimientos que provoquen intenso dolor deberá asociarse a analgésico (Morfina, Ketoprofeno).
La dosis recomendada es 0,05 a 0,2 mg/Kg/dosis EV, administrada lentamente (1mg/min), 3 a 5 minutos antes del procedimiento. Puede utilizarse una segunda dosis si no se obtuviera el efecto deseado pero con una dosis máxima de 10 mg. En caso de desear inhibir efectos no deseados (agitación, hiperactividad, agresividad, depresión respiratoria, hipotensión), debe utilizarse como antagonista Flumazenil 0,2 mg en bolo EV, repitiendo la misma dosis un máximo de 4 veces, si no se revierte el efecto del Midazolam dentro de 1 minuto.
- f) **Hidrato de Cloral:** Es el fármaco de elección para sedar pacientes en los que se realizarán procedimientos no dolorosos, pero que generan ansiedad o temor y en los que se requiere cooperación por parte del niño menor (Tomografía Axial Computarizada, Resonancia Magnética, etc.) La dosis es de 50-100 mg/Kg/dosis vía oral o rectal, con una dosis máxima de 2 gr. Debe ser administrada 1 hora antes del procedimiento. Para su dosificación considerar la presentación farmacológica disponible en cada centro. Estaría contraindicado su uso en insuficiencia hepática o renal severa.

7.1.2. CONTROL DEL DOLOR CAUSADO POR ENFERMEDAD O COMPLICACION DEL TRATAMIENTO

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Debería ser la primera aproximación en el manejo del dolor, asociado a una relación empática con el paciente y sus padres y a la entrega de información clara y oportuna en cada etapa del tratamiento. Se puede clasificar en:

- ❑ Cognitivo: Distracción (juegos, cuentos, canciones, otros) "Imaginería". (el niño se concentra en una imagen que le genera placer), Hipnosis (realizada por personal entrenado).
- ❑ De comportamiento: respiración profunda, relajación, otros.
- ❑ Físico: tacto, caricias, aplicación de calor o frío.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El óptimo manejo del dolor incluye el uso de fármacos siguiendo los aspectos claves:

1º Escala analgésica

Implica el uso secuencial de analgésicos de acuerdo a la evaluación de la intensidad del dolor. El primer peldaño permite el control del dolor leve utilizando analgésicos no opioides.

El Paracetamol es el fármaco de elección en esta situación, en aquellos pacientes en los que se puede utilizar la vía oral. Si el dolor persiste, un opioide como Codeína debe ser administrado, pudiendo mantenerse la asociación con Paracetamol u otro antiinflamatorio no esterooidal. Cuando esta asociación analgésica no es suficiente debe plantearse el uso de un opioide como la Morfina, utilizando los fármacos necesarios para el manejo de síntomas asociados.

El siguiente esquema corresponde a la escala analgésica de la OMS:



2º Administración reloj en mano

La indicación de analgésicos debe realizarse con horario definido y no esperar la reaparición del síntoma para su indicación médica y administración. Los niños deben recibir analgesia a intervalos regulares, pudiendo utilizarse dosis extras entre las dosis prescritas si es necesario. El intervalo de la dosis debe ser determinado de acuerdo a la severidad del dolor y la duración del fármaco utilizado.

3° Por vía oral

Los analgésicos deben ser administrados a los niños de la forma más simple, más efectiva y por la vía que les ocasione menos molestias o dolor, esta vía es la VIA ORAL. El uso de medicamentos por vía endovenosa y subcutánea, debe ser evitado mientras pueda utilizarse la vía oral. En general la vía intramuscular y rectal no deben ser usadas.

4° En forma individualizada

La meta es seleccionar la dosis adecuada para cada paciente y sus "circunstancias". Por esta razón es de vital importancia monitorizar regularmente a cada paciente según escalas de intensidad del dolor. En el uso de opioides, la dosis efectiva que controla el dolor varía ampliamente de un niño a otro.

5° Atención al detalle

Los simples, pequeños pero queridos y deseados detalles.

De acuerdo a los principios enunciados anteriormente, los fármacos a utilizar en este protocolo serán los siguientes:

I. ANALGESICOS NO OPIOIDES

Tienen mecanismo de acción periférico. Pueden ser eficaces para aliviar el dolor causado por distensión del periostio, compresión mecánica de tendones, músculos o tejido subcutáneo. En general se utilizan en dolor leve a moderado. Pueden administrarse solos o asociados a opioides en dolor más severo. Con estos medicamentos no se obtiene una analgesia suplementaria utilizando dosis superiores a las recomendadas.

FARMACOS UTILIZABLES EN TODAS LAS ETAPAS DE LA ESCALERA DE LA OMS		
FARMACO	DOSIS	PRECAUCIONES
PARACETAMOL	10-15 mg/Kg/dosis vía oral cada 4-6-8 hrs. Dosis máxima de 4 gr. al día.	Analgésico. Los recién nacidos y lactantes pequeños pueden presentar complicaciones con su uso, se recomienda utilizarlo en niños mayores de 6 meses. No debe ser utilizado en pacientes con insuficiencia hepática o renal; deficiencia congénita de 6-fosfato-deshidrogenasa o anemia preexistente. Junto a Ketoprofeno aumenta el daño renal.
IBUPROFENO	10 mg/Kg/dosis vía oral cada 8 hrs.	Es una alternativa adecuada al Paracetamol, pero por periodos prolongados puede ocasionar efectos colaterales hematológicos; gastrointestinales severos, epigastralgias, pirosis, diarreas, vómitos, cólicos abdominales y aumento transitorio de transaminasas. Con Ketoprofeno mayor riesgo de sangrado. Si el paciente usa Digoxina, aumenta riesgo de intoxicación.
NAPROXENO SODICO	5mg/Kg/dosis vía oral cada 8-12 hrs.	Consideraciones hematológicas similares a las de todos los AINES; trombocitopenia, leucopenia, eosinofilia. En pacientes con historial asmático puede desencadenarse crisis. Con Ketoprofeno mayor riesgo de sangrado.
KETOPROFENO	1-2 mg/Kg/dosis vía oral o endovenosa cada 6-8-12 hrs; en niños mayores 50-100 mg/dosis (máximo: 4mg/Kg ó 200 mg/día).	Util en dolor moderado. Contraindicaciones al igual que otros AINES, Ibuprofeno y Naproxeno puede elevar niveles plasmáticos de Metotrexato con resultados graves.

II. ANALGESICOS OPIOIDES

2º y 3º PELDAÑO NIÑOS OPIOIDES

FARMACO	DOSIS	TENER PRESENTE
<p>CODEINA Este opioide de elección en caso de dolor leve o moderado por cáncer, que no sea posible de controlar con analgésicos no opioides.</p>	<p>Niños mayores de 6 meses: dosis de inicio recomendada 0,5 – 1,0 mg/kg oral, cada 3-4 hrs. Lactantes menores de esta edad: dosis inicial ¼ a 1/3 de la indicada para los niños mayores (>50 kg de peso): dosis indicada 30 mg cada 3-4 hrs., vía oral.</p>	<p>Enfermedad hepática y renal grave. Uso prolongado puede inducir los efectos adversos de los opioides: náuseas, vómitos, constipación, prurito, depresión respiratoria, confusión y/o alucinaciones, mioclonias y somnolencia.</p>
<p>TRAMADOL Analgésico de acción central por débil unión a receptores opioides, además de un efecto propio a nivel de vías monoaminérgicas centrales.</p>	<p>0,75 a 1 mg por kilo de peso. Cada 5-6 horas. Puede llegar hasta 5,6 mg por kilo de peso como dosis máxima. Presentación: V.O. Comp 100 – 150 – 200 mg Gotas: 1ml = 40 gotas = 100 mg E.V. 100 mg/2ml</p>	<p>Efectos colaterales: Somnolencia, náuseas y/o vómitos de menor intensidad que de codeína.</p>

3º PELDAÑO OPIOIDES FUERTES, SE PUEDEN ASOCIAR CON AINES

<p>MORFINA Opioide potente que se reserva para el manejo del dolor moderado a severo por cáncer.</p>	<p>Dosis recomendadas: 0,05-0,1 mg/kg/dosis cada 2 - 4 hrs., por vía subcutánea o endovenosa. En caso de infusión continua 0.03 mg/kg/hora y por vía oral 0,15-0,3 mg/kg/dosis cada 4 horas. Niños mayores (>50 kg): la morfina por vía endovenosa o subcutánea es de 5-10 mg cada 3 - 4 hrs., en infusión continua 1 mg/hora y por vía oral 5 - 10 mg cada 4 horas. Dosis en los niños menores de 6 meses ¼ a 1/3 de las indicadas.</p>	<p>A pesar de que su empleo se asocia a la aparición de dependencia física y de tolerancia, el dolor es un síntoma tan importante en el paciente oncológico que su uso no debe postergarse. Su dosificación debe individualizarse en cada paciente, la dosis apropiada es la que alivia el dolor; en pacientes pediátricos esta dosis puede ser varias veces la dosis máxima permitida. La necesidad de incrementar la(s) dosis de Morfina puede producir efectos colaterales no deseados que deben ser reconocidos y manejados por el equipo tratante. El uso de Morfina por más de 7 días puede causar dependencia, la suspensión debe ser gradual (50% de reducción de la dosis por 2 días, seguido de 25% de reducción cada 2 días hasta que la dosis sea equivalente a una dosis de 0,6 mg/kg por día en un niño de <50 kg ó de 30 mg/día en un niño de >50 kg, sólo entonces podrá suspenderse. Los efectos secundarios asociados al uso de Morfina (en menor frecuencia e intensidad con Codeína) son: náuseas, vómitos, constipación, prurito, depresión respiratoria, confusión y/o alucinaciones, mioclonias y somnolencia.</p>
<p>FENTANILO Es un opioide sintético de acción más corta que la Morfina cuando se administra en bolo. Puede ser utilizada en dolor severo debido a un procedimiento o en infusión continua en caso de dolor más permanente.</p>	<p>La dosis recomendada para infusión continua es de 0,5 - 2 microgramos/kg/hora en el niño <50 kg, y de 25 - 75 microgramos/hora en pacientes de >50 kg.</p>	<p>Su uso debe ser monitoreado por la posibilidad de inducir depresión respiratoria, apnea, rigidez muscular. Durante su utilización es conveniente disponer de Naloxona como antagonista en caso de ser necesaria. Se debe tener presente si el paciente ha recibido Barbitúricos, BZD y cualquier depresor no selectivo del SNC: debe disminuirse dosificación de Fentanilo.</p>

<p>METADONA Opioide potente que se reserva para el manejo del dolor moderado a severo por cáncer.</p>	<p>Dosis recomendadas: 5-10 mg/dosis cada 8 hrs., por vía oral, en niños mayores de 12 años.</p>	<p>Puede utilizarse en vez de la morfina. Su dosificación debe individualizarse en cada paciente, la dosis apropiada es la que alivia el dolor; en pacientes pediátricos esta dosis puede ser varias veces la dosis máxima permitida. Los efectos colaterales no deseados que deben ser reconocidos y manejados por el equipo tratante. Los efectos secundarios asociados al uso de Metadona, en menor intensidad que con la Morfina son: náuseas, vómitos, constipación, prurito, depresión respiratoria, confusión y/o alucinaciones, mioclonias y somnolencia.</p>
--	---	---

Los opioides causan efectos colaterales; estos problemas son conocidos y deben ser pesquisados periódicamente, ya que el paciente pediátrico puede no referirlos espontáneamente.

Una vez detectados deben controlarse en forma adecuada para permitir la mantención del tratamiento.

Si los efectos colaterales persisten después de haber realizado las medidas adecuadas para su control, debe intentarse el uso de otro medicamento de similar eficacia.

Cuando un opioide es sustituido por otro, el nuevo fármaco será aplicado al inicio en 50% de la dosis analgésica equivalente.

III. EFECTOS COLATERALES POR USO DE OPIOIDES

<p>Constipación</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dieta rica en fibra - Lactulosa 0,5 ml/Kg/dosis cada 8-12 hrs. - Domperidona 0,3 mg/Kg/dosis cada 8 hrs.
<p>Náuseas y/o vómitos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Domperidona 0,3 mg/Kg/dosis cada 8 hrs. - Ondansetrón 0,15 mg/Kg/dosis cada 8 hrs.
<p>Prurito</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Clorfenamina 0,2-0,4 mg/Kg/ día cada 6-8 hrs. - Cambio de Morfina a Fentanilo (produce menor liberación de histamina).
<p>Depresión respiratoria</p>	<p>Cuando esta complicación se presenta, su manejo debe basarse en el estado de la enfermedad en ese momento y de las metas del tratamiento en ese paciente en particular. En caso de depresión leve, medidas simples como estimulación del niño, suspensión de la siguiente dosis y reducción de las dosis de continuación en 50% son suficientes.</p> <p>Si la depresión es severa se debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantener vía aérea y venosa permeables. - Administrar oxígeno. - Naloxona 0,1 mg/Kg/dosis endovenosa, se puede repetir dosis hasta una dosis máxima de 2 mg. Debe continuar monitorización ya que efecto de opioide puede prolongarse y requerir nuevas dosis de Naloxona, que tiene una vida media mucho más corta que la mayoría de los opioides.
<p>Confusión y/o alucinaciones</p>	<p>Si la evaluación clínica del paciente determina que estos síntomas son debidos al uso de opioides, éste debe ser sustituido por otro opioide y se utilizará Haloperidol 0,01-0,1 mg/Kg vía oral o endovenosa con una dosis máxima de 30 mg/día (evaluar la aparición de síntomas extrapiramidales). No olvidar que Haloperidol interacciona con Fentanilo y otros depresores del SNC sinergizando efectos de depresión.</p>
<p>Mioclonias</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cambio de opioide. - Clonazepam 0.01 mg/Kg/dosis cada 12 hrs. vía oral (máximo 0,5 mg/dosis).

IV. TRATAMIENTO COADYUVANTE

Los fármacos incluidos en esta categoría pueden ayudar a manejar mejor el dolor del paciente elevando su ánimo, reduciendo su ansiedad, minimizando los efectos colaterales de los analgésicos utilizados o por efecto analgésico directo.

Estos fármacos pueden no ser indicados en forma rutinaria, su rol en el manejo del dolor por cáncer debe basarse en las necesidades de cada niño. La mantención en el tiempo de este tipo de terapias debe ser evaluada en cada caso.

ANTIDEPRESIVOS	<p>Son útiles por su efecto antidepresivo y por su acción específica y analgésica en el dolor neuropático.</p> <p>Amitriptilina: 0,2-0,5 mg/Kg/dosis cada 8 hrs. por vía oral, dosis máxima inicial 25 mg. Se puede aumentar la dosis en un 25% cada 2-3 días. El efecto máximo se obtiene a las 2 semanas de su uso. Mejora (el) sueño y (el) efecto de los opioides. Evaluar función cardíaca.</p> <p>Imipramina: 0,5-1,5 mg/Kg/dosis cada 8 hrs. vía oral.</p>
ANTICONVULSIVANTES	<p>Son de utilidad en dolor neuropático, especialmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Carbamazepina: 2 mg/Kg cada 12 hrs. vía oral. - Fenitoína: 2,5-5 mg/Kg cada 12 hrs. vía oral. <p>Si se está usando Metotrexato, se potencia la toxicidad de éste y reduce efecto del Clonazepam.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clonazepam: 0,01 mg/Kg/dosis cada 12 hrs vía oral. - Gabapentina: Evaluar su uso en mayores de 12 años.
ANSIOLITICOS	<p>Se preferirá el uso de CLONAZEPAM: 0,01 mg/Kg/dosis cada 12 hrs vía oral.</p> <p>Baja sedación, buen ansiolítico y sin efectos adversos al suspender. (iguales dosis indicadas párrafo anterior por su menor efecto sedante, mayor efecto ansiolítico y la posibilidad de suspender rápidamente sin efectos no deseados).</p>
CORTICOIDES	<p>Son útiles por su efecto antiinflamatorio, disminuyen el dolor causado por compresión nerviosa o medular y disminuyen la presión intracraneana.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prednisona: 60 mg/m²/día cada 8 hrs. Vía oral. - Dexametasona: 0,1-0,25 mg/Kg/dosis cada 6-8 hrs vía oral o endovenosa.
PROCEDIMIENTOS ANESTESICOS	<p>Deberá evaluarse en cada caso la necesidad de sedación profunda, anestesia general, bloqueos anestésicos, administración epidural o intratecal de opioides o de la asesoría de médico anestesista, si éste no forma parte del equipo de CP y alivio del dolor.</p>
RADIOTERAPIA	<p>Deberá evaluarse el beneficio de esta terapia en caso de tumores sólidos de rápido crecimiento o metástasis óseas.</p>
TRANSFUSIONES	<p>De glóbulos rojos y plaquetas, según evaluación del médico a cargo y sólo considerando situaciones muy especiales.</p>
HEMORRAGIAS	<p>Ácido Tranexánico (Especil): 30-50 mg/Kg/día, cada 8 horas. Vía endovenosa u oral. Además de transfusiones sanguíneas, si es necesario.</p>
CUADROS INFECCIOSOS	<p>Debe efectuarse con antibióticos orales de amplio espectro, según localización clínica de la infección, sin realizar estudios invasivos.</p>

8. ANEXOS

8.1. ANEXO N° 1

TIPOS DE DOLOR

En la actualidad se reconocen tres tipos clínicos de dolor:

- Dolor agudo
- Dolor crónico
- Dolor por Cáncer

Los tres tienen como característica un grado variable de nocicepción, pero la conducta dolorosa varía en forma importante en los tres casos:

El **dolor por cáncer** se podría definir como "un dolor agudo de larga duración", puesto que existe una preponderante presencia de dolor de origen orgánico, pero que a diferencia del agudo se caracteriza por el proceso de duelo, ante la inminencia de la muerte.

Desde el punto de vista clínico y relacionado con el sitio (órgano) de activación del impulso doloroso, existen tres clases de dolor que presentan cuadros diferentes y claramente distinguibles:

- Dolor somático
- Dolor visceral
- Dolor neuropático

Dolor somático

Se genera en la activación de los receptores para el dolor (nociceptores) localizados en estructuras somáticas (piel, huesos, articulaciones, músculos y tendones), los cuales producen sensaciones de dolor muy bien definidas y localizadas que se describen como dolor "sordo" hasta "punzante", debido a la capacidad discriminadora de estos receptores.

Dolor visceral

Se presenta como producto de la compresión, isquemia, contractura y dilatación sanguínea o de estructuras viscerales (intestinos, peritoneo, hígado, vesícula, otros), las cuales se inervan principalmente con receptores viscerales y se conectan al sistema neurovegetativo que traducen un dolor de vaga localización, asociado a respuestas autonómicas (náuseas, vómitos, sudoración, taquicardia, hipotensión, otros) y descrito como presión, retorcimiento y cólico.

Dolor neuropático

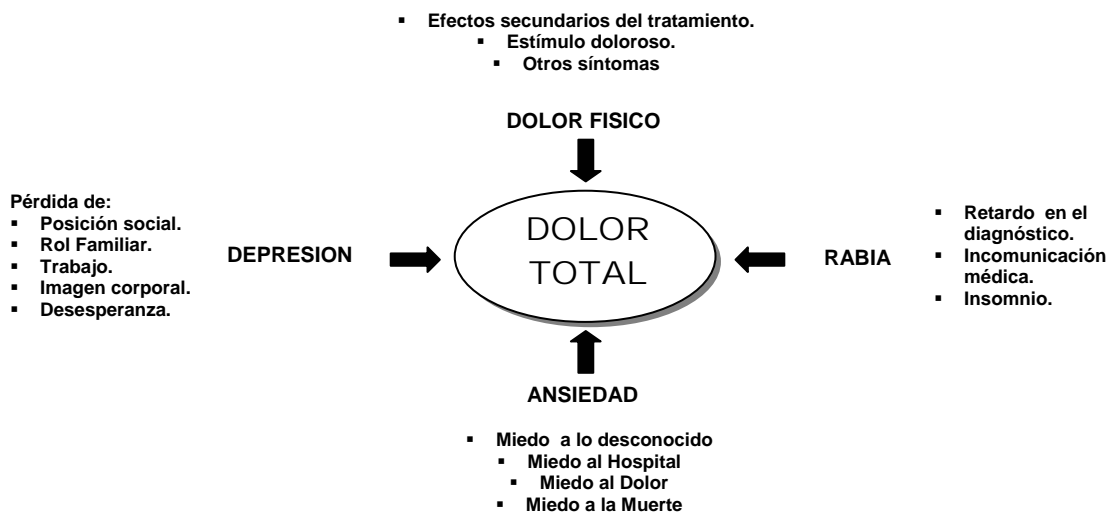
Producido por lesiones del sistema nervioso central y/o periférico, presentes o pasados, no se genera en receptores del dolor, pero las zonas afectadas (truncos nerviosos, plexos, sistema nervioso central y periférico), generan impulsos nerviosos espontáneos o evocados que, siguiendo un curso anormal van a producir la sensación dolorosa descrita como "lancinante" o sensaciones anormales desagradables disestésicas (por ejemplo frío, ardor, calambre, hormigueo), que pueden acompañarse de episodios conocidos como "descarga de corriente" en áreas del cuerpo que tienen alterada la sensibilidad.

Esta categorización del dolor por cáncer, tiene implicancias en la estrategia farmacológica para su alivio.

Además de las características clínicas del dolor por cáncer, Bonica ha considerado una clasificación que correlaciona la etiología directa con las características temporales.

Grupo 1: Dolor agudo relacionado con cáncer	
	<ul style="list-style-type: none"> - Causado directamente por el tumor - Causado por la terapia antineoplásica - Causado por efectos de la enfermedad crónica
Grupo 2: Dolor crónico relacionado con cáncer	
	<ul style="list-style-type: none"> - Síndromes de dolor crónico causado por cáncer. - Síndromes de dolor causados por la terapia antineoplásica. - Síndromes crónicos paraneoplásicos.
Grupo 3: Dolor no relacionado con cáncer	
	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor agudo causado por enfermedad o trauma. - Dolor crónico no relacionado con cáncer.
Grupo 4: Dolor en pacientes con cáncer terminal	
	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor crónico resultante de la progresión del cáncer. - Dolor agudo causado por condiciones patológicas relacionadas con el cáncer.

No toda queja dolorosa en un paciente con cáncer es de origen maligno, presentándose fenómenos dolorosos de tratamiento sencillo, que por considerarse como parte del síndrome maligno no se corrigen, persistiendo el dolor y sus consecuencias en la calidad de la vida del paciente. El dolor de origen maligno, se acompaña de muchos otros elementos agravantes no orgánicos, que configuran una conducta compleja del paciente hacia este síntoma dentro de la enfermedad. La connotación social nefasta del dolor por cáncer, exagera los temores del paciente ante su proceso de enfermedad terminal y de muerte, ésto se comprende en el concepto de "dolor total".



Concepto de " dolor total " (Saunders y simplificado de Twycross, 1990).

Instructivo:

Debe consignar a todos los niños con cáncer avanzado ingresados al programa y aquellos que se encuentran activos (vivos) al mes que se informa.

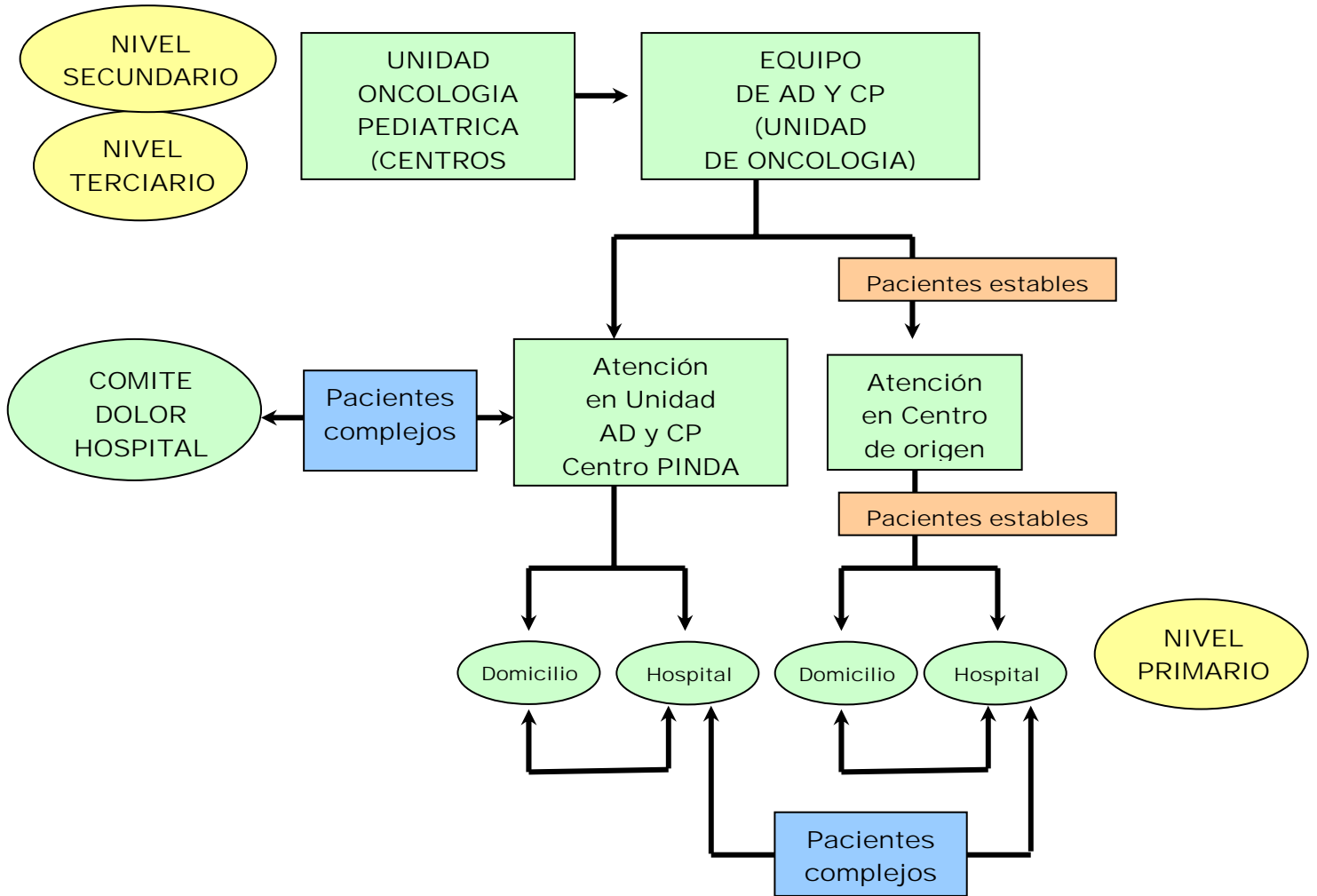
Cada persona atendida debe registrarse sólo una vez en este formulario

N°	Corresponde al n° de orden de los niños atendidos cada mes.
Rut	N° único identificador de cada persona civil.
Nombre	Completo con dos apellidos.
Diagnóstico de cáncer	El que origina el ingreso al programa (CIE 10), dx topográfico y por estadio.
Edad	Edad en años cumplidos.
Ficha clínica	N° del documento único con antecedentes clínicos del enfermo.
Fecha ingreso	Día, mes y año en que el paciente ingresa al programa.
Tipo de Dolor al ingreso	S = sólo somático. V = solo visceral. N = sólo Neuropático. M = mixto o combinado M = mixto, este tiene variantes SV, SN, SVN, las que deberá colocar en el casillero según corresponda.
Eva ingreso	Valoración subjetiva del dolor con escala EVA (1 – 10) SCOTT - HUSKINSSON, FLACC- (< de tres años), caritas, todas estandarizadas.
Ps ingreso	Escala de performance status de la Escala de Lansky, estado general en escala.
Procedimientos durante su permanencia en PAD y CP	Tratamientos paliativos recibidos durante su permanencia. Qt = quimioterapia, Rt = radioterapia, Qx = cirugía, Anest = anestesiológicos, O ₂ = oxigenoterapia.
Visita Domiciliaria	Atención y cuidados del paciente en el hogar. N° = N° de visitas, O₂ = oxigenoterapia domiciliaria, P = sigla del personal que la ejecuta: M = médico, E = enfermera, TM = técnico paramédico, P = psicólogo, AS= A. Social, QF= químico farmacéutico. Puede ser ejecutada por más de uno Ejs.: M+E
Fecha y lugar egreso	Día, mes y año de fallecimiento o traslado del paciente. Debe especificar lugar en que ocurre la defunción.
Eva egreso	Valoración subjetiva del dolor con escala 1 – 10 SCOTT - HUSKINSSON, FLACC- caritas estandarizada.
Ps egreso	Escala de performance status de la Escala de Lansky, estado general en escala.
Centro derivador	Consignar Servicio y establecimiento. Puede ser un Servicio del mismo establecimiento o bien otro Servicio de otro establecimiento.
Atención del duelo	Consignar Si ó No. La familia recibe la información sobre el proceso de enfermedad, muerte y duelo; durante sus atenciones por el equipo de salud, antes o bien posterior al fallecimiento. Debe consignarlo en la ficha clínica del paciente, en la estadística diaria del profesional, y en el cuaderno de “comunicaciones” de la familia del niño

Cada niño desde su ingreso al egreso forma parte de una cohorte, debe ser seguido. Consignar las evaluaciones intermedias en la base de datos propia o local. También, las evaluaciones de otros síntomas además del dolor. Debe aplicar las mismas escalas para evaluarlos.

8.3. ANEXO N° 3

FLUJOGRAMA ATENCIÓN EN LA RED ASISTENCIAL AD Y CP PEDIÁTRICO



8.4. ANEXO N° 4

RED PROGRAMA ALIVIO DEL DOLOR POR CANCER Y CUIDADOS PALIATIVOS

SERVICIO SALUD	VALPARAISO-SAN ANTONIO	
	VAN BUREN	
	MEDICO JEFE PROGRAMA	YOLANDA RAYO
	ENFERMERA	ELSA ANGELICA TOPP OLIVARES
	QUIMICO	SUSANA BRAVO
SERVICIO SALUD	VIÑA DEL MAR-QUILLOTA	
	HOSPITAL GUSTAVO FRICKE	
	MEDICO JEFE PROGRAMA	M. CLAUDIA CARMONA SILVA
	ENFERMERA	CRISTINA LAZO
	QUIMICO	GLORIA TAPIA
SERVICIO SALUD	MAULE	
	HOSPITAL DE TALCA	
	MEDICO JEFE PROGRAMA	NURY MOLINE
	ENFERMERA	CECILIA SANTELICES TELLO
	QUIMICO	TERESA AQUEVEQUE
SERVICIO SALUD	TALCAHUANO	
	LAS HIGUERAS	
	MEDICO JEFE PROGRAMA	MIMI OBANDO
	ENFERMERA	MARITZA ESPINOZA RIFFO
	QUIMICO	CLAUDIA DE LA JARA ALBORNOZ
SERVICIO SALUD	CONCEPCION	
	HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE	
	MEDICO JEFE PROGRAMA	JAIME ROJAS
	ENFERMERA	DORIS ROJAS CABEZAS
	QUIMICO	MARITZA MUÑOZ Q.
SERVICIO SALUD	ARAUCANIA SUR	
	HOSPITAL DE TEMUCO "DR. HERNAN HENRIQUEZ"	
	MEDICO JEFE PROGRAMA	MONICA ARRIAGADA MONS
	ENFERMERA	LORENA DELGADO GAJARDO
	QUIMICO	YASNA BETANCUR CORDOVA
SERVICIO SALUD	VALDIVIA	
	HOSPITAL VALDIVIA	
	MEDICO JEFE PROGRAMA	PAOLA ZOLEZZI
	ENFERMERA COORDINADORA	VIVIANA PADILLA
	QUIMICO	CLAUDIA SCHRAMM LATHROP

SERVICIO SALUD	METROPOLITANO CENTRAL	
	HOSPITAL SAN BORJA ARRIARAN	
	MEDICO JEFE PROGRAMA	PEDRO ADVIS
	ENFERMERA	PAOLA SANHUEZA BUSTAMANTE
	QUIMICO	MARIANELA TORRES
SERVICIO SALUD	METROPOLITANO OCCIDENTE	
	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	
	MEDICO JEFE PROGRAMA	MONICA VARAS PALMA
	ENFERMERA	MARIA PAZ SILVA
	QUIMICO	IVAN OLEA
SERVICIO SALUD	METROPOLITANO ORIENTE	
	HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA	
	MEDICO JEFE PROGRAMA	MAURICIO CAMPOS
	MEDICO	CLAUDIA PARIS DOMINGUEZ
	ENFERMERA	MARIA JOSE ERRAZURIZ K.
	QUIMICO	MARIA TERESA DROGUET
SERVICIO SALUD	METROPOLITANO SUR ORIENTE	
	HOSPITAL SOTERO DEL RIO	
	MEDICO JEFE PROGRAMA	CAROLINA CAMPOS OLMEDO
	MEDICO	ROSA MORENO HERNANDEZ
	ENFERMERA	MARIA MAGDALENA FERNANDEZ
	QUIMICO	ALEJANDRA BARAHONA
SERVICIO SALUD	METROPOLITANO NORTE	
	HOSPITAL ROBERTO DEL RIO	
	MEDICO JEFE PROGRAMA	NATALIE RODRIGUEZ
	ENFERMERA	RINA GONZALEZ
	ENFERMERA	CHERY PALMA - CLAUDIA FARIAS MORA
	QUIMICO	AVELINA MIRANDA
	PSICOLOGA	VIOLETA CADIZ DUEÑAS
SERVICIO SALUD	METROPOLITANO SUR	
	HOSPITAL EXEQUIEL GONZALEZ CORTES	
	MEDICO JEFE PROGRAMA	JOSE SANTANDER
	MEDICO	MARIA ELISA NALEDACH ROMERO
	ENFERMERA	MARIA E. CARRASCO ARAYA
	QUIMICO	GESLAIN CASTRO

BIBLIOGRAFIA

1. Cáncer en Pediatría. Aspectos generales. Vargas L. Rev. Chil. Pediatr. 71(4);283-295,2000.
2. Cáncer Infantil en Chile. División de Salud de las Personas. Departamento Programa de las Personas. Programa de Control de Cáncer. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile.1999.
3. Cancer Pain Relief and Palliative Care in Children. Publicación de la OMS.1998.
4. Norma General Técnica N°32: Programa Nacional Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos a pacientes con Cáncer. Ministerio de Salud. 1999.
5. La Medicina Paliativa. Definición. Importancia del problema. Definición de la enfermedad terminal. Bases de la terapéutica. Instrumentos básicos. Gómez Sancho M. Las Palmas, ICEPS, 1994.
6. Tywcross R, ed. Pain Relief in Advanced Cancer. London, England, Churchil, Livingstone; 1994.
7. Accompagner un enfant en fin de vie: hôpital ou domicile?. Bercovitz A., Limagne MP et Sentilhes A. Fondation de France. Association Francois-Xavier Bagnoud. Editions de l' Ecole Nationale de la Santé Publique. Francia. 2001.
8. Manual PINDA: "Manejo del dolor en pacientes con Cáncer" (1996).
9. "Implementación de un Programa de Alivio del Dolor y Cuidado Paliativo pediátrico en la Unidad de Oncología del Hospital Roberto del Río". EU Palma Ch (2000).
10. Les soins palliatifs en Pédiatrie. Soins pédiatrie-puériculture N° 206, juin 2002.
11. Guidelines for assistance to terminally ill children with cancer: A report of SIOP working Committee on Psychosocial issues in Pediatric Oncology. Maserà G., Spinetta J et cols. Med Pediatr Oncol 32: 44-48,1999.
12. Palliative and terminal care for dying Children, proposals for better care. Perilongo G., Rigon L. et cols. Med Pediatr Oncol 37: 59-61, 2001.
13. Caring for children with advanced cancer integrating palliative care. Wolfe J., Friebert S. et Hilden J. Pediatr Clin N Am 49: 1043-1062, 2002.
14. Pain Measurement Tools and Methods in Clinical Research in Palliative Care:
15. Recommendations of an Expert Working Group of the European Association of Palliative Care. Journal of Pain and Symptom Management, Vol. 23 N° 3 March 2002.
16. Manual para la Aplicación del Sistema Auge en las redes de atención del Sistema Nacional de Servicios de Salud (Documento de trabajo). Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Versión 2.0. 2003.
Manual Auge, Ministerio de Salud de Chile, versión Marzo 2003
17. Sterlin RC, Mendoza TR, Nakamura Y, Edwards KR, Cleeland CS. When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. Pain 1995; 61:277-284
18. Daut RL, Cleeland CS. The prevalence and severity of pain in cancer. Cancer 1982; 50:1913-1918.
19. Meuser T, Pietruck C, Radbruch L, et al.: Symptoms during cancer pain treatment following WHO-guidelines: a longitudinal follow-up study of symptom prevalence, severity and etiology. Pain 93(3): 247-257, 2001.
20. Melzack, R. and Wall, P. (1965). Pain mechanisms. A new theory. Science, 150. 971-979.
21. Vainio A, Auvinen A. Prevalence of symptoms among patients with advanced cancer: an international collaborative study. Symptom Prevalence Group. J Pain Symptom Manage 1996; 12(1):3-10.
22. Beck SL, Falkson G. Prevalence and management of cancer pain in South Africa. Pain 2001; 94:75-84.
23. Foley KM. Management of pain of malignant origin. En: Tyler HR, Dawson PM, eds. Current Neurology, vol. 2. Boston: Houghton Mifflin, 1979:279.
24. Higginson IJ, Eran J. Amulticenter evaluation of cancer pain control by palliative care teams. J Pain Symptom Manage 1997; 14(1):29-35.
25. Wong Baker FACES pain rating scale (1999). Wong DL. IN: Stanhope M & Knollmueller RN (2000). Handbook of community and home health nursing: tools for assessment intervention and education. 3rd ed. St Louis: Mosby. Pg.297