

Cuidados paliativos domiciliarios en pacientes con cáncer cervicouterino en etapas avanzadas

Silvia Allende Pérez,* Paula Flores Chávez,* Celina Castañeda de la Lanza*

RESUMEN

Introducción: Los cuidados paliativos en las pacientes con cáncer cervicouterino (CaCu) se deben brindar tempranamente en las pacientes en nuestro país y en el resto de países Latinoamericanos ya que la mayoría de las pacientes son detectadas en estadios avanzados de la enfermedad y son portadoras de una complejidad de síntomas de difícil manejo y de impacto múltiple que afecta de forma global su calidad de vida desde el punto de vista físico, psicológico, emocional, familiar, social y económico. **Material y métodos:** fueron estudiados 230 pacientes con CaCu avanzado consideradas fuera de tratamiento oncológico posterior a recaída de la enfermedad referidas a la Unidad de Cuidado Paliativo y Clínica del Dolor del Instituto Nacional de Cancerología, para manejo paliativo de los síntomas relacionados a la enfermedad a nivel domiciliar y con seguimiento de los casos hasta su fallecimiento, estudiándose supervivencia, prevalencia de síntomas relacionados al CaCu avanzado, tratamientos recibidos, estado socioeconómico, repercusión psicosocial y familiar. **Resultados:** Edad promedio de 51.6 años, el 42.2% de los casos tenían nivel socioeconómico bajo, con promedio de supervivencia en sus domicilios de cinco meses en promedio con rango de siete días a 17 meses, tiempo en el que se realizaron en promedio cinco visitas domiciliarias a cada paciente y seguimiento telefónico promedio de 25 llamadas telefónicas. El 17.3% de estas pacientes requirió tratamiento paliativo oncológico con cirugía, quimioterapia o radioterapia nuevamente para el control de los síntomas que se presentaron en el domicilio. El síntoma más prevalente fue el dolor en el 98.3% de los casos, seguido de estreñimiento y depresión. En el 94% se utilizó tratamiento farmacológico para el dolor, principalmente a base de morfina oral obteniendo buena respuesta analgésica ($p < 0.04$) con relación al tratamiento analgésico previamente administrado. **Conclusiones:** Los múltiples síntomas del CaCu en etapa avanzada pueden ser paliados a nivel domiciliar, integrando al tratamiento médico el apoyo psicosocial y familiar, con el fin de mejorar las condiciones presentes y la calidad de vida.

Palabras clave: Cáncer cervicouterino avanzado, cuidados paliativos, síntomas asociados, manejo domiciliario, fase terminal, calidad de vida.

ABSTRACT

Introduction: Palliative care should be offered early to patients with cervico-uterine cancer (CaCu) in our country and in the rest of the Latin American countries because, for the majority of patients, this illness is already in advanced stages when detected. The advanced stages come with a complexity of symptoms which are difficult to manage and which have multiple repercussions affecting the quality of life: physically, psychologically, emotionally, family dynamics, socially and economically. **Material and methods:** The study includes 230 patients with advanced CaCu with relapse and considered out of oncology treatment, who had been referred to the Palliative Care and Pain Clinic of the National Cancer Institute in Mexico City. All were managed by home visits until their death. Data included socioeconomic status, survival, prevalence of symptoms related to advanced CaCu, treatment and psychosocial repercussions. **Results:** Of those with advanced CaCu: the average age was 51.6 years, 42.2% came from the lower socioeconomic class. The average survival was five months during which the patients received an average of five home visits each and follow-up by phone for an average of 25 phone calls. There were 17.3% who required additional palliative oncology treatment with surgery, chemotherapy, and radiotherapy for symptom control. The most prevalent symptom was pain, which occurred in 98.3% of the cases, followed by constipation and depression. Pharmacological treatment, principally with morphine based preparations, was utilized in 94% with good analgesic response ($p < 0.04$). **Conclusions:** The multiple symptoms of advanced CaCu can and should be palliated in order to improve the patients' quality of life. This can have a large impact on the psychosocial area where there have been a series of losses both familial and social.

Key words: Cervix cancer, palliative care, home care, terminal ill and quality of life.

En 1990 ocurrieron 903,000 defunciones por cáncer en la región de las Américas, pero la cantidad aumenta en un 30% cada 10 años, de tal manera que aquella cifra se habrá duplicado para el año 2020.¹

En México, el cáncer cervicouterino (CaCu) constituye la primera causa de muerte, representada por

* Unidad de Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor Instituto Nacional de Cancerología, México.

Fecha de recepción 15/07/99. Fecha de aceptación 02/12/99.

una incidencia del 22.5% con 41,326 casos y 21,554 muertes de acuerdo al Registro Histopatológico de Neoplasias en México.²

Los tumores malignos tienen una letalidad alta y un periodo de progresión de la enfermedad de varios meses, e incluso años, durante el cual las personas requieren de cuidados especiales o cuidados paliativos.¹

Los cuidados paliativos se definen como la atención activa total y continuada brindada a aquellas personas con enfermedad avanzada que no responden a tratamiento curativo, en el cual el control de síntomas y en particular el dolor constituyen la base de su manejo. El objetivo es alcanzar la mayor calidad de vida posible en los enfermos y sus familias. Los cuidados paliativos no aceleran ni posponen el proceso de morir, reafirman la calidad de vida.³

Los cuidados paliativos en las pacientes con CaCu en nuestro país y en el resto de naciones latinoamericanas se deben brindar tempranamente, ya que la gran mayoría son detectados en estadios avanzados de la enfermedad y son portadoras de una complejidad de síntomas de difícil manejo y de impacto múltiple que afecta de forma global su calidad de vida. La enfermedad avanzada se caracteriza por ser progresiva, sin respuesta razonable al tratamiento curativo, con síntomas intensos y cambiantes además de gran implicación emocional para la enferma y familia que se encarga de su cuidado.⁴ La paciente con CaCu tiene implicaciones de tipo físico, psicológico y social. El impacto psicológico se destaca por la pérdida de la imagen corporal, de la autoestima, de funciones básicas como son las de eliminación y socialización entre otras.

Existen reportes en los que se mencionan un mayor índice de depresión asociada a este impacto psicosocial con repercusión importante sobre la pareja y la paciente misma.^{5,6,8}

Otro aspecto que se toma poco en cuenta son las alteraciones de la sexualidad, que la mayoría de las pacientes presentan, como disminución de la libido secundaria a tratamiento quirúrgico (estomas, extirpaciones pélvicas), radioterapia a pelvis, progresión e invasión de la enfermedad y patologías concomitantes como son diabetes mellitus, infección, etcétera. Por lo que la conducta en las fases de la respuesta sexual se ven alteradas, a medida que la enfermedad avanza, repercutiendo en la dinámica de la pareja sexual y en la vida familiar.⁹

Este tipo de enfermas ejerce gran demanda asistencial relacionada directamente con la progresión del CaCu. Por otra parte, el equipo terapéutico oncológico está enfocado al tratamiento curativo, resultando difícil en ocasiones brindar un abordaje ade-

cuado a sus necesidades psicosociales, en donde los objetivos de curación deben cambiar por los de "cuidados intensivos de bienestar".

Muchas enfermas desean optimizar el contacto con su familia y disponer de mayor tiempo para ello en su domicilio; incluso hay pacientes que asocian el hospital con tratamiento de alta tecnología y agresivo, por lo que no desean acudir a él.¹⁴⁻¹⁶

Las ventajas de la atención domiciliaria de los pacientes con cáncer avanzado son: ambiente cálido y conocido, mantenimiento del rol social y familiar, disponibilidad de tiempo, intimidad y actividades ocupacionales.¹⁷

En España, la Asociación Española Contra el Cáncer, a través de su Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliarios, reportan que fallecieron en el domicilio el 71% de los pacientes tratados por la misma, frente al 29% que fallecieron en el hospital.^{12, 13,18}

Los cuidados paliativos tienen un importante papel en el control de las pacientes que sufren de CaCu avanzado. Este cáncer constituye un reto en el manejo paliativo, se requiere de todos los recursos del equipo multidisciplinario para lograr una correcta atención y otorgar una mejor calidad de vida.⁷

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron en forma retrospectiva expedientes con diagnóstico clínico y patológico de CaCu, pertenecientes a casos tratados en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) de México entre enero de 1989 a junio de 1998 incluidos en el Programa de Atención Domiciliar de la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) con el objetivo de conocer la prevalencia de síntomas en la fase avanzada del CaCu. Clínicamente las pacientes presentaban estadio avanzado de la enfermedad sin posibilidad de tratamiento curativo por fracaso terapéutico, con actividad tumoral local y/o sistémica y múltiples síntomas para manejo paliativo. Este grupo fue admitido en la UCP por referencia del Servicio de Gineco-Oncología a la consulta externa de medicina paliativa. Las pacientes asistieron regularmente para control de los síntomas y, ante el avance de la enfermedad y la imposibilidad de acudir al hospital, se brindó el cuidado paliativo en el domicilio hasta el fallecimiento.

Los criterios de inclusión al programa de atención domiciliar fueron: conocimiento de su diagnóstico y pronóstico, deseo de morir en casa, ser residente de la Ciudad de México o área metropolitana, tener un familiar responsable, acceso telefónico, estado general deteriorado (Karnofsky menor de 60), déficit neurológico o dificultad para la movilización y aceptar el cui-

dado paliativo en el hogar. Una vez dentro del programa, fueron visitadas en su domicilio, manejándose los síntomas físicos, psicosociales y familiares.

Se estudió edad, estado socioeconómico (clasificado como bajo, medio bajo, medio, medio alto y alto), tiempo de supervivencia, prevalencia de síntomas relacionados a la fase avanzada, severidad del dolor evaluada con la escala visual análoga de 10 cm en la que cero se consideró como ausencia de dolor y 10 el dolor peor imaginado. Esta medición se tomó al momento del ingreso y a la semana para comparar la efectividad del tratamiento instalado; así mismo, las enfermas pudieron considerar la respuesta analgésica como buena, regular, mala o pésima. Además, la paciente evaluó el impacto psicosocial y familiar en relación a los síntomas que deterioraron su calidad de vida, así como las reacciones de pareja y familiares, calificándose como de impacto leve, moderado y severo. Los síntomas evaluados fueron mal olor (fetidez), vómito fecaloide, incontinencia de esfínteres, escaras, dolor e incapacidad para deambular. La prueba de Chi-cuadrada fue aplicada para medir la efectividad de la respuesta analgésica evaluada con la escala visual análoga previa y una semana después de su ingreso del programa de atención domiciliar.

RESULTADOS

De 851 casos de cáncer avanzado atendidos durante un periodo de 8.5 años en el INCAN en el Programa de Cuidados Paliativos Domiciliarios, 230 casos (27%) correspondieron a CaCu con enfermedad progresiva y manejo paliativo en el hogar (*Figura 1*).

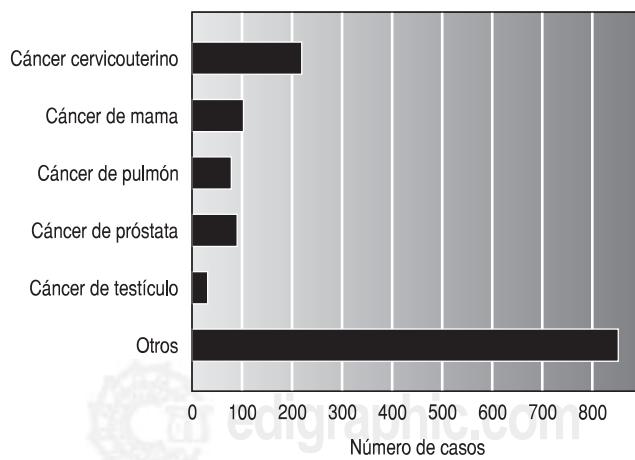


Figura 1. Casos de atención domiciliaria paliativa en el paciente oncológico avanzado del Instituto Nacional de Cancerología.

La mediana de edad fue de 51.6 años (rango de 24 a 86). El nivel socioeconómico fue bajo en 42.2% (97 enfermas), medio bajo en 32.1% (73 mujeres), medio en 14.3% (33 pacientes), medio alto en 7.1 % (18 personas) y alto en 4.3% (nueve casos).

El promedio de supervivencia fue de 152 días (cinco meses) con intervalo de siete a 510 (17 meses). El rango de visitas domiciliarias efectuadas por paciente fue de una a ocho (media de cinco visitas). El seguimiento se efectuó por vía telefónica, haciéndose una a 65 llamadas a cada paciente (promedio 25) durante todo el proceso de atención. Existieron 11 casos que requirieron hospitalización para control de síntomas con duración de uno a cinco días; 98% (225 casos) fallecieron en el hogar y un 2% (cinco pacientes) en el hospital por síntomas de difícil control y angustia familiar. Se manejó terapia paliativa oncológica adicional durante el proceso de atención por condiciones específicas en el 17.3% (40 mujeres). La cirugía con fines paliativos se utilizó en el 6.3% (5.5% colostomía, 0.4% nefrostomía percutánea y 0.4% exenteración pélvica), quimioterapia paliativa en 7.7% y radioterapia en 3%. En relación a los síntomas de la enfermedad progresiva, se presentaron en promedio 7.5 síntomas por paciente (rango de tres a 10) al momento del ingreso al programa de atención domiciliaria. El más importante fue el dolor con 98.3%, seguido de estreñimiento (86%) y depresión (85%) (*Cuadro I*).

La terapéutica utilizada fue farmacológica en el 94% de las pacientes y no farmacológica en el 6%, con manejo invasivo de bloqueos neurolíticos de la cadena simpática o rizólisis químicas subaracnoidea. El 98% de las mujeres recibieron valoración, manejo psicosocial individual y familiar por los psicólogos y trabajadora social del equipo basado en terapia de esclarecimiento, erradicación de mitos sobre la enfermedad y su pronóstico, manejo del duelo, orientación para la obtención y optimización de recursos económicos, organización familiar para el cuidado y acompañamiento de la enferma con el propósito de evitar desgaste o claudicación familiar y orientación sobre los trámites administrativos en relación al fallecimiento del paciente en el hogar.

Los medicamentos prescritos por el grupo terapéutico para los síntomas asociados fueron: en primer lugar los analgésicos opiáceos en el 98% de los casos, antidepresivos en 94%, laxantes en 88% y anticonvulsivantes en 84% (*Cuadro II*).

Los analgésicos opiáceos utilizados fueron la morfina de acción inmediata (40%), morfina de acción prolongada (8.2%), morfina inyectable (16.5%), oxicodeona de liberación prolongada (6%), dextropro-

Cuadro I. Síntomas más frecuentes en cáncer cervicouterino avanzado.

Síntoma por sistema	Pacientes	
	n*	%
Síndromes dolorosos		
Plexopatía lumbosacra	226	98.3
Dolor somático por actividad tumoral que invade hasta la pared pélvica	184	80
Dolor visceral	161	70
Generales		
Caquexia	198	42
Astenia	140	60
Adinamia	184	80
Anorexia	165	71
Deshidratación	25	10
Linfedema	134	58
Infección	94	40
Escaras decúbito	8	3
Mal olor		
Mareo	75	32
Diabetes	9	3.9
Herpes zoster	10	4.3
Hematológicos		
Anemia	102	44
Oclusión arterial o venosa	9	3.9
Gastrointestinales		
Pseudoobstrucción y obstrucción intestinal maligna	14	6
Fístulas recto vaginales	21	9.1
Proctitis post radioterapia	81	35
Estreñimiento	200	86
Vómito	144	62
Genitourinarios		
Insuficiencia renal	154	66
Uropatía obstructiva (hidronefrosis)	132	57
Fístulas vesico vaginales	52	22
Cistitis	73	35
Hemorragia transvaginal	98	43
Neurológicos		
Encefalopatía urémica	73	32
Alteraciones de la conciencia electrolítica	98	43
Marcha claudicante	64	28
Psicológicos		
Depresión	195	85
Ansiedad	133	58
Miedo a la muerte	165	72
Duelo anticipatorio	27	12
Impacto en el rol social		
Pobre apoyo social	125	54
Abandono de la pareja	80	35
Historia de abuso sexual	6	3

*En promedio se presentaron 7.5 síntomas por enferma.

Cuadro II. Grupo terapéutico de medicamentos prescritos comúnmente para los síntomas asociados.

Medicamento	Pacientes	
	n	%
Analgésicos opiáceos	225	98
AINEs	124	54
Laxantes	202	88
Antieméticos	69	30
Antiácidos comunes	64	28
H ₂ agonista	32	14
Corticoïdes	110	48
Hipnóticos	46	20
Ansiolíticos	117	51
Antidepresivos	196	94
Anticonvulsivantes	193	84
Anestésicos locales	4	2
Anticoagulantes	9	4
Espasmolíticos	89	39
Diuréticos	39	17
Antivirales	11	5
Multivitaminas	55	24

AINEs = Antiinflamatorios no esteroideos.

poxifeno (16%), codeína con paracetamol (7.8%) y tramadol (5.2%).

En cuanto a las vías de administración de los analgésicos opiáceos, 87.5% lo recibió por vía oral hasta su fallecimiento, 5% por vía subcutánea y 7.5% por vía epidural lumbar.

La medición de la escala visual análoga a manejo analgésico fue de 8.7 y una semana posterior al tratamiento global instituido fue de 3.6 ($p < 0.04$), diferencia estadísticamente significativa para la buena respuesta analgésica con la prueba de Chi-cuadrada.

La respuesta antiálgica medida a la semana de tratamiento en el hogar fue considerada por las enfermas como buena en 72%, regular en 15%, mala en 8% y pésima en 5%.

El impacto psicosocial y familiar valorado por las enfermas, en relación a los síntomas que presentaron y que fueron considerados de impacto deletéreo sobre la calidad de vida fueron: mal olor (fetidez), vómito fecaloide, incontinencia de esfínteres, escaras de presión, dolor e incapacidad para deambular fueron catalogados como severos; la depresión, constipación, infecciones y sangrado transvaginal o rectal fueron moderados.

Las reacciones familiares observadas fueron expresadas como de impacto severo: abandono de la pareja, sufrimiento, desgaste, sensación de impotencia;

como de impacto moderado: deseo de muerte, claudicación familiar; y como leve el aislamiento. Todos éstos contribuyeron al deterioro de la calidad de vida desde su punto de vista.

DISCUSIÓN

En el mundo entero, 10 millones de personas mueren cada año como resultado de enfermedad terminal como cáncer o síndrome de inmunodeficiencia adquirida.²⁸ Muchas de estas muertes tienen lugar en países en vías de desarrollo; antes de morir, los enfermos sufren innecesariamente porque no reciben tratamiento sintomático efectivo. El CaCu es la primera causa de muerte por cáncer en México¹ y no existen publicaciones que hagan seguimiento de los casos de cáncer avanzado hasta su fallecimiento con enfoque en la atención de los síntomas físicos, psicológicos y sociales de las pacientes y familiares ante una enfermedad oncológica progresiva, con el fin de conocer la problemática y el mejor abordaje de estos casos para brindarles calidad de vida. Esta revisión encontró que de 851 casos atendidos en el domicilio, 27% (230) correspondieron a CaCu, los rangos de edad variaron entre 24 a 86 años, y el nivel económico fue bajo en el 42.2%. Ante esto, asumimos que el nivel socioeconómico y cultural son factores predisponentes para la presencia y progresión de esta enfermedad en nuestro país.

El objeto de esta revisión fue conocer la prevalencia de síntomas físicos, psicosociales y familiares de mayor impacto desde el punto de vista de las pacientes con CaCu avanzado que deterioraban su calidad de vida.

De los 230 casos analizados no se consideró el estadio clínico de la enfermedad, fracaso o recurrencia a la terapéutica oncológica curativa o paliativa ni el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la referencia al programa de visita domiciliaria para paliación de síntomas; pero seguramente muchas de ellas ya habían tenido intentos terapéuticos oncológicos curativos o paliativos. La supervivencia de cinco meses que encontramos en nuestra serie fue prolongada, lo que hace necesario la implementación de equipos de cuidados paliativos domiciliarios para tener un seguimiento continuo ya que actualmente, debido a la carencia de éstos, las visitas que se realizaron fueron basadas en la agudización de los síntomas. El Programa Domiciliario de Cuidados Paliativos no estaba establecido bajo ese rubro, pero con un sentido humanitario institucional se brindó el seguimiento domiciliario a este grupo de pacientes. De ellas, el 98% murió en casa, lo que favorece la comunicación, despedida y acompañamiento, así como menor costo

para los sistemas de salud ya que disminuye el número de hospitalizaciones, días cama e ingresos al servicio de urgencias y terapia intensiva, lo que además repercute en mayor beneficio social ya que para las familias disminuyen los gastos por transporte, alimentación y hospedaje. Sólo el 2% de estas enfermas falleció en el hospital por síntomas de difícil control en el hogar,

En nuestra serie se reporta que el 17.3% de las pacientes recibieron tratamiento paliativo oncológico (cirugía, quimioterapia y radioterapia) por condiciones específicas como oclusión intestinal, hidronefrosis, gran actividad locorregional central, sangrado y dolor. Morris¹⁰ reporta mejoría en la calidad de vida de las pacientes sometidas a exenteración pélvica en tres área de importancia: mantenimiento de la continencia fecal con reanastomosis rectal baja; mantenimiento de la continencia urinaria con el uso del reservorio de Indiana y preservación de la función sexual con una reconstrucción vaginal miocutánea. En nuestra serie sólo se exenteró una sola paciente la cual, a diferencia de las otras no operadas ni derivadas, presentó muchos menos síntomas y mejor control de los mismos. Con una actitud más positiva y menor impacto psicosocial y familiar adverso. Sin embargo, múltiples consideraciones deben ser tomadas en cuenta en relación a la exenteración pélvica paliativa y es que menos del 5% de las pacientes con recurrencia local son esencialmente consideradas curables. La nefrostomía percutánea puede ser útil en aquellos casos en los que el paciente tenga un apoyo social y familiar, así como objetivos a largo plazo; de lo contrario sería introducir una nueva causa de sufrimiento. En esta serie, sólo una paciente de 24 años fue sometida al procedimiento, ya que requería tiempo para favorecer la despedida y resolución de asuntos inconclusos.

La quimioterapia tiene un lugar específico en la paliación de síntomas sin ningún aumento en el tiempo de supervivencia, de tal manera que la selección de los pacientes deberá ser cuidadosa a fin de no causar nuevos síntomas de difícil control. Esto se debe dar a conocer al paciente y familia con el objetivo de esclarecer las metas de la quimioterapia en cada caso en particular. El 7.7% de estas pacientes recibieron quimioterapia con fines de paliación de síntomas.

El cáncer es esencialmente una enfermedad sintomática en la que de forma habitual coexisten múltiples síntomas.²⁸ En un estudio de 100 pacientes con cáncer pulmonar se encontró una media de nueve síntomas por enfermo (rango de uno a 23); los más frecuentes resultaron dolor, disnea y anorexia.¹⁷ La mayoría de autores reconocen el dolor como el sín-

toma más común de la enfermedad avanzada (60-75%). Suelen asociarse anorexia, astenia, caquexia (40-80%), disnea y tos (40-50%), náusea y vómito (30-40%) y estreñimiento (50%).¹⁸ Para el caso de las pacientes con CaCu avanzado encontramos en promedio 7.5 síntomas (rango de tres a 10) al momento del ingreso al cuidado paliativo domiciliario. De acuerdo con otros estudios, se menciona que en promedio el 75% de los pacientes con cáncer avanzado presentan dolor.¹⁹ Nosotros encontramos que el dolor en CaCu avanzado representó el síntoma más prevalente (98.3%), seguido en frecuencia por estreñimiento (86%) que en su mayoría fue causado por la progresión de la enfermedad oncológica loco-regional; pensamos que el manejo no profiláctico, las condiciones de debilidad extrema y poco aporte nutricional fueron las causas que condicionaron que este síntoma se presentara en nuestra serie con una prevalencia elevada.

En cuanto a la intensidad del dolor medida con la escala visual análoga encontramos que fue de 8.7; este resultado es similar al reportado por Bonica quien refiere que 40-50% de los pacientes con cáncer informan dolor moderado a severo y 25-30% dolor muy severo.²⁴

En cuanto al manejo analgésico, encontramos una respuesta buena en el 72% de los casos, utilizando morfina y derivados disponibles en el mercado mexicano, con respuesta medida por la escala visual análoga posterior a la semana de terapéutica de 3.6 ($p < 0.04$). Otras publicaciones^{20-23,29} reportan que aproximadamente el 90% de los pacientes con dolor por cáncer pueden ser controlados con medidas farmacológicas relativamente sencillas; aun así se indica que el tratamiento inadecuado del dolor y otros síntomas del cáncer es un problema de salud pública serio y descuidado,¹¹ concluyéndose que todos los pacientes con cáncer deben tener la expectativa de que el dolor puede y debe ser controlado como un aspecto integral de su cuidado a lo largo del curso de la enfermedad. Nosotros estamos de acuerdo con base en lo encontrado en nuestros resultados.

En cuanto a los síntomas diferentes al dolor, es importante destacar que no se consideraron la intensidad y la severidad de los mismos y que en futuras investigaciones de forma prospectiva debe ser consideradas a fin de evaluar la repercusión en la paciente de CaCu avanzado y la efectividad de los tratamientos empleados.

El impacto psicosocial expresado por las pacientes fue directamente proporcional a la intensidad y prevalencia de los síntomas físicos que jugaron un papel importante en las reacciones familiares, como

las de abandono de la pareja, claudicación, desgaste y sufrimiento. En esta serie se presentaron pese a la intervención de psicólogos y trabajadoras sociales, por lo que pensamos que deben ser enviadas las pacientes más tempranamente. Existen reportes que afirman que la familia es la principal dadora de cuidados; nosotros consideramos importante lograr que la familia asuma el cambio producido para evitar con ello su disolución, con lo que conservamos el principal recurso del que dispone las enfermas, su familia.²⁵⁻²⁷ Por lo que es necesario informar, asesorar y educar sobre lo que ocurre para evitar claudicaciones emocionales. La figura que se encarga de favorecer la comunicación es el trabajador social, pero es importante destacar que se deberá evitar crear dependencias y rechazar medios de actuación paternalista. El apoyo será implicando a la familia de manera conjunta ya que esto es una tarea común donde es importante armonizar los objetivos del grupo familiar y de la paciente.

El reto es difundir el conocimiento del cuidado paliativo domiciliario a todos los profesionales de la salud que directamente manejan pacientes con cáncer avanzado y crear programas universitarios de pre y postgrado con fines de educar a los médicos en formación.

Por lo que futuros esfuerzos deberán ser encaminados a establecer programas en las unidades primarias de atención para el seguimiento de estos pacientes en sus lugares de origen.

Las barreras para el óptimo control de los síntomas en el cáncer avanzado son multifactoriales en especial en relación al dolor, entre las principales se encuentran: desconocimiento de los profesionales de la salud del uso y prescripción de analgésicos opiáceos, poco interés por las compañías farmacéuticas en manufacturar y distribuir opiáceos en nuestro país, lo que ocasiona que la disponibilidad sea limitada y los costos muy elevados inaccesibles a pacientes de escasos recursos económicos, por lo que se deben implementar políticas nacionales para favorecer y garantizar estos recursos a la población que sufre de dolor. El impacto psicosocial referido por las pacientes plantea la necesidad de ofrecer rehabilitación de manera oportuna, eficiente y eficaz, y en algunos casos profiláctica, recordando que esto es un objetivo trascendental del cuidado paliativo y representa un área de oportunidad en nuestro país.

Consideramos importante señalar que el cuidado paliativo sea otorgado de manera oportuna, que el paciente se debe referir a estos servicios y el manejo oncológico debe ser conjunto para el mejor control de síntomas a fin de brindar una mejor calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud. *Cuidados paliativos: Guías para el manejo clínico*, Marzo 1998; vii.
2. *Compendio del registro histopatológico de neoplasias en México*. México: JGH Editores, 1999: 13-17.
3. World Health Organization. *Cancer pain relief and palliative care*. Technical report series 804. Geneva: WHO, 1990.
4. González Barón M, Ordóñez A. *Tratado de medicina paliativa*. España: Panamericana, 1996: 1085-7.
5. Lalous A, Eisemann M, Social interaction and support related to mood and locus of control in cervical and endometrial cancer patients and their spouses. *Supp Care Cancer* 1999; 7 (2): 75-78.
6. Lalous A. The impact of diagnosis on cervical and endometrial cancer patients and their spouses. *Eur J Gynaecol Oncol* 1997; 6: 513-519.
7. Andersen B. Quality of life for women with gynecologic cancer. *Obstet Gynecol* 1995; 7: 69-76.
8. Northouse LL, Peters-Golden H. Cancer and the family: strategies to assist spouses. *Semin Oncol Nurs* 1993; 9: 74-82.
9. Lalous A, Eisemann M, Lalous O. Personality differences between endometrial and cervical cancer patients in relation to sexual behavior. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1997; 8: 53-58.
10. Morris M. Improvements in surgery for patients with invasive cervical cancer. *Clin Consult Obst Gynecol* 1991; 3(2): 89-96.
11. Allende PS, Carvell H. Mexico: Status of cancer pain and palliative care. *J Pain Symptom Manage* 1996; 12(2): 121-123.
12. Asociación Española Contra el Cáncer. *Manual de cuidados paliativos*. Cuidados paliativos de enfermos oncológicos terminales. Atención domiciliaria, 1994.
13. Sergi-Swinehart P. Hospice home care: How to get patients, home and help them stay there. *Semin Oncol* 1985; 12 (4): 461-465.
14. Spiller J, Alexander D. Domiciliary Care: A comparison of the views of terminal ill patients and their family caregivers. *Palliative Med* 1993; 7: 109-115.
15. Townsend J et al. Terminal Cancer Care and patients preference for place of death: A prospective Study. *BMJ* 1990; 301: 415-417.
16. Sánchez Sobrino M, Fornos A, Méndez B. Resultados del programa coordinado para la asistencia domiciliaria al paciente oncológico terminal. *Centro de Salud* 1994; 2 (11): 872-873.
17. Krech RL, Davis J, Walsh D. Symptoms of lung cancer. *Palliative Med* 1992; 6: 309-315.
18. Montoya Carrasquilla J (ed). *Cáncer avanzado. Control de síntomas*. Madrid: Delagrange, 1992.
19. Daut RL, Cleeland CS. The prevalence and severity of pain in cancer. *Cancer* 1982; 50 (9): 1913-1918.
20. Goisis A, Gorini M, Ratti R, et al. Application of a WHO protocol on medical therapy for oncology pain in an internal medicine hospital. *Tumori* 1989; 75: 470-472.
21. Shung SA, Zech D, Dorr U. Cancer pain management according to WHO analgesic guidelines. *J Pain Symptom Manage* 1990; 5 (1): 27-32.
22. Teoh N, Sternsward. WHO Cancer pain Relief Program ten years on Seattle: *IASP, Newsletter* 1992; 5-6.
23. National Cancer Institute. *NCI Workshop on cancer pain*. Sept.14-15 1990, Bethesda, MD.
24. Bonica JJ. Cancer pain. In: Bonica JJ (ed). *Management of pain*. 2nd ed. Vol 1 Philadelphia: Lea & Febiger, 1990: 400-460.
25. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Cataluña. Una propuesta metodológica. Barcelona: *Rev Trabajo Social* 1993; 129.
26. González BM. *Tratado de medicina paliativa*. Aspectos sociales del enfermo oncológico en fase terminal. España: Panamericana, 1996; 1175-1181.
27. Dunlop R. *Cancer palliative care; Psychosocial care*. London: Springer-Verlag, 1998; 89-102.
28. WHO. *Symptom relief in terminal illness*. Geneve: World Health Organization, 1998; 1.
29. Ventafridda V et al. Fields testing of the WHO guidelines for cancer pain relief: Summary reports of demonstration projects. In: Foley KM, Bonica JJ, Ventafridda V (eds). *Proceedings of the 2nd International Congress on Pain*. Vol 16. Advances in pain research and therapy. New York: Raven Press, 1990; 451-464.

Dirección para correspondencia:

Dra. Silvia Allende Pérez

Instituto Nacional de Cancerología
Unidad de Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor
Av. San Fernando núm. 22
Col. Tlalpan
14000 México, D.F.
Tel. (525) 6280400 ext. 256 y Fax ext. 372
E-mail: larallen@mail.internet.com.mx