



Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Facultad de Medicina

Av. 12 de Octubre 1076 y Roca
Apartado postal 17-01-2184
Fax: 2509-584
Telf: 2509-582
Quito - Ecuador

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo, **Elisa Gabriela Pilataxi Izurieta** C.I. **171889953-5**, autora del trabajo de graduación intitulado: **"Evaluación de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso de la vía subcutánea en el paciente en fase terminal en el personal de salud (médicos) del Hospital Vozandes Quito en el período de marzo y abril del 2011"**, previa a la obtención del título profesional de **Médico/a Cirujano/a** en la Facultad de **Medicina**:

- 1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
- 2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 06 de junio del 2011

Elisa Gabriela Pilataxi Izurieta
C.I. 171889953-5

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA**

**EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE
EL USO DE LA VÍA SUBCUTÁNEA EN EL PACIENTE EN FASE TERMINAL
EN EL PERSONAL DE SALUD (MÉDICOS) DEL HOSPITAL VOZANDES
QUITO EN EL PERÍODO DE MARZO Y ABRIL DEL 2011.**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICA
CIRUJANA.**

PILATAXI IZURIETA ELISA GABRIELA.

DIRECTORA DRA. XIMENA POZO.

Quito, 2011

DEDICATORIA

Con todo mi amor y cariño

A Dios

Por demostrarme tantas veces su existencia y con ello para darme fuerzas para salir adelante en cada tropiezo. *Confíen en el Señor para siempre, porque el Señor es una roca eterna. Isaías 26, versículo 4.*

A mis Padres y Familia

Gracias porque con su cariño, guía y apoyo, he llegado a realizar uno de los anhelos más grandes de mi vida, gracias a la confianza que en mí depositaron, y con el cual he logrado terminar mis estudios profesionales que constituyen el legado más grande que pudiera recibir y por lo cual les viviré eternamente agradecida.

A mi hermano de mi corazón vivo con tus sueños, sueños que son recuerdos, recuerdos que serán eternos.

AGRADECIMIENTO

A mi querida Directora de Tesis: Dra. Ximena Pozo por su calidez, conocimientos, apoyo, comprensión, comentarios y sugerencias.

A mi asesor Dr. Marcos Serrano gracias a su apoyo, aliento, conocimientos, por haber compartido su tiempo de manera generosa.

A los Doctores y amigos del Hospital Vozandes Quito por su colaboración.

RESUMEN

Es un estudio descriptivo transversal analítico cuyo objetivo fue analizar el conocimiento del personal de salud (Médicos) acerca del uso de la vía subcutánea en pacientes en fase terminal en el Hospital Vozandes Quito. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se utilizó una encuesta CAP (Conocimiento, actitudes y prácticas), anónima, voluntaria previo consentimiento informado. Que fue validada mediante un DELPHI con cinco expertos y una prueba piloto con la participación de 40 médicos. El tamaño muestral estuvo conformado de 136 encuestas, en el período comprendido entre marzo y abril del 2011. Los datos fueron analizados en el programa estadístico SPSS versión 17. **RESULTADOS:** En cuanto al conocimiento global un 66,9% (91) de médicos no conoce y un 33,1% (45) conoce sobre el uso de la vía subcutánea en pacientes en fase terminal. Un 92,6% de los médicos está de acuerdo con el uso de la vía subcutánea en el paciente en fase terminal. En la actualidad el 17,6% de médicos utilizan la vía subcutánea, mientras que un 27,9% la ha utilizado alguna vez durante su práctica médica. Los médicos que no han utilizado la vía subcutánea refieren no manejar pacientes en fase terminal 35,5%, desconocer 12,5%, y un 8,8% de médicos refiere que existen otras alternativas como la vía intravenosa.

ABSTRACT

It is a descriptive cross-sectional analytical study which aimed at analyzing the knowledge of health personnel (doctors) about the use of subcutaneously in terminally ill patients in the Quito Vozandes Hospital. **MATERIALS AND METHODS:** Was used a KAP (Knowledge, attitudes and practices), anonymous, voluntary, informed consent. Which was validated by five experts DELPHI and a pilot test involving 40 physicians. The sample was composed of 136 surveys in the period between March and April 2011. The data were analyzed with SPSS 17version. **RESULTS:** The global knowledge has to be 66.9% (91) of doctors do not know and 33.1% (45) known about the use of subcutaneously in terminally ill patients. 92.6% of doctors agree with the use

of subcutaneously in the terminal patient. Currently 17.6% of physicians use the subcutaneous route, while 27.9% had used it once in their medical practice. Doctors who have not used subcutaneously refer terminally ill patients do not handle 35.5%, 12.5% unknown, and 8.8% of physicians state that there are alternatives such as intravenously.

ÍNDICE

Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
Resumen	iii

TABLA DE CONTENIDOS

TABLA 1 Fármacos utilizados por Vía Subcutánea.....	Pág.23
TABLA 2 Las combinaciones de fármacos que se pueden hacer sin riesgo de precipitación.....	Pág.24
TABLA 3 Ventajas y desventajas de la administración de fármacos en bolos.....	Pág.28
TABLA 4 Ventajas y desventajas de la administración de fármacos en bomba de infusión continua.....	Pág.28
TABLA 5 Variables pertinentes o relativas a la sociedad y la demografía...	Pág.32
TABLA 6 Variables cognitivas pertinentes o relativas al conocimiento.....	Pág.33
TABLA 7 Codificación de datos en Excel.....	Pág.34

TABLA 8	Descripción de la edad.....	Pág.36
TABLA 9	Descripción de años de experiencia.....	Pág.37
TABLA 10	Análisis conocimiento global.....	Pág.42
TABLA 11	Análisis de la actitud frente al uso de la vía.....	Pág.42
TABLA 12	Análisis uso actual de la vía subcutánea.....	Pág.43
TABLA 13	Análisis del uso de la vía subcutánea.....	Pág.43
TABLA 14	Asociación entre conocimiento y práctica actual.....	Pág.44
TABLA 15	Asociación entre conocimiento y práctica.....	Pág.44

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 Zonas de punción recomendadas.....**Pág.20**

GRÁFICO 2 Sexo.....**Pág.36**

GRÁFICO 3 Especialidades.....**Pág.37**

GRÁFICO 4 Conocimiento Global sobre el uso de la vía subcutánea en el
paciente en fase terminal.....**Pág.38**

GRÁFICO 5 Analgésicos más frecuentemente utilizados en pacientes
en fase terminal.**Pág.41**

GRÁFICO 6 Actitud frente al uso de la vía subcutánea.....**Pág.41**

APÉNDICES

CAPÍTULO I

I.I Introducción.....	1
I.II Hipótesis.....	4
I.III Objetivos.....	4

CAPÍTULO II REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

II.I Marco referencial.....	5
------------------------------------	----------

CAPÍTULO III

III.I Diseño metodológico.....	30
---------------------------------------	-----------

CAPÍTULO IV

IV.I Resultados.....	36
IV.II Discusión.....	45

CAPÍTULO V

V.I Conclusiones.....	57
------------------------------	-----------

CAPÍTULO VI

VI.I Recomendaciones.....	59
----------------------------------	-----------

CAPÍTULO VII

VII.I Bibliografía.....60

CAPÍTULO VIII

VIII.I Anexos.....63

CAPÍTULO I

I.I INTRODUCCIÓN

La situación de agonía por la que pasan hasta un 90% de pacientes en fase terminal, se acompaña de un deterioro muy acusado del estado general, debilidad extrema manifestada por la imposibilidad de alimentarse, lo que dificulta la administración de medicamentos por vía oral. Además, diversos motivos como disfagia, vómitos, etc., hace que necesitemos una vía alternativa para la administración de medicamentos y así, controlar los diversos síntomas que presentan los pacientes en esta etapa. La vía de elección es la subcutánea por su sencillez, seguridad, facilidad de manejo y escasa incidencia de efectos secundarios.¹

La vía subcutánea permite la utilización de los fármacos esenciales en cuidados paliativos y posibilita la permanencia de los pacientes en su entorno habitual propiciando su comodidad y bienestar, mejorando su calidad de vida, la de sus familiares y permitiendo al equipo de atención proporcionarles un manejo integral hasta el fallecimiento.

En la actualidad los retos más complicados que cualquier médico debe enfrentar en su vida profesional no tiene que ver con saber diagnosticar, curar o evaluar el pronóstico,

1. Wilson Astudillo, Carmen Mendeneta, Edgar Astudillo, Cuidados de Enfermería en el final de la vida y atención a su familia, Editorial EUNSA Universidad de Navarra, 5ta Edición ,2008.

sino con ser capaz de transmitir adecuadamente una mala noticia a su paciente y familiares, o controlar los síntomas en sus últimos día de vida.

El problema es que estos conocimientos tradicionalmente, no se abordan en la Universidad.

Los Cuidados paliativos nos brindan esos conocimientos: cuidados médicos apropiados de pacientes con enfermedades activas, avanzadas con pronóstico limitado, donde el objetivo fundamental es mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares. Los sistemas sanitarios tienen que ser capaces de satisfacer las necesidades de los pacientes, aliviar el sufrimiento y ser apoyo de la población manteniendo la calidad de la vida el mayor tiempo posible.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

1. El uso de la vía subcutánea en el paciente en fase terminal es un tema conocido por el personal de salud (Médicos) del Hospital Vozandes Quito?

JUSTIFICACIÓN:

En los últimos tiempos, el Ecuador ha experimentado modificaciones demográficas y epidemiológicas, produciéndose aumento de la esperanza de vida a 74 años, y un incremento del 16,5% en el grupo mayor de 60 años, lo que ha proporcionado mayor prevalencia de enfermedades crónicas que progresan a etapas incurables, (cáncer, enfermedades cardíacas, respiratorias, neurológicas, geriátricas, sida, etc.), susceptibles de recibir cuidados paliativos, con lo que se presta una atención activa, integral, individualizada y continua en las personas en fase terminal y sus familiares.²

En las últimas décadas, la sociedad ha delegado a los hospitales la responsabilidad de atender a los pacientes en fase terminal. Estas instituciones centran su actividad en diagnosticar y tratar, prevaleciendo a veces el factor técnico de la asistencia frente al factor humano. Los pacientes ya diagnosticados y sin posibilidad de tratamiento curativo, no van a tener, por tanto, cubiertas sus necesidades, a la vez que, para el

2. Moncayo Gaete Jorge, Las enfermedades neurológicas en el Ecuador: Un llamado a la acción, Revista Ecuatoriana de Neurología, volumen 16, número 1, 2007.

personal sanitario (no capacitado para ofrecer tratamiento paliativo), este tipo de pacientes puede resultar frustrante.

I.II HIPÓTESIS

- 1.- Los médicos tienen conocimiento del uso de la vía subcutánea en el paciente en fase terminal.
- 2.- Existe diferencia de conocimiento entre los médicos sobre el uso de la vía subcutánea en el paciente en fase terminal.

I.III OBJETIVOS

GENERAL:

Analizar el conocimiento del uso de la vía subcutánea en el personal de salud del Hospital Vozandes Quito en el período de marzo y abril del 2011 para realizar programas de capacitación y disminuir el maltrato al paciente en fase terminal.

ESPECÍFICOS:

- 1.- Identificar las características socio-demográficas del personal de salud.
- 2.- Diseñar y realizar una prueba piloto para corregir errores y problemas en la encuesta y su procedimiento de aplicación.
- 3.- Evaluar los conocimientos sobre el uso de la vía subcutánea en el paciente en fase terminal.

- 4.- Conocer las actitudes que tiene el personal frente al uso de la vía subcutánea.
- 5.- Determinar las prácticas del personal en estudio, sobre el uso de la vía subcutánea.

CAPÍTULO II

II.I MARCO TEÓRICO

CONOCIMIENTO:

Es la información adquirida por una persona a través de la experiencia, educación, comprensión teórica y práctica. Las diversas corrientes sobre el conocimiento, dan la pauta para determinar lo importante que es el saber, y estos contenidos dan bases al pensamiento científico formando el conocimiento humano. El conocimiento brinda diversos conceptos y teorías que estimulan el pensamiento humano creativo, guían la enseñanza y la investigación, lo que permite generar nuevos conocimientos. Por lo que el conocimiento debe ser eje de interés en la formación de los médicos, sumado al desarrollo de habilidades y destrezas.³

NIVELES DE CONOCIMIENTO:

Conocimiento Aparente:

Es el conocimiento que se logra gracias a los sentidos, es la base de todo conocimiento científico, a través del cual se desarrolla y profundiza el proceso de comprensión real de la naturaleza. Exige la aprobación de su origen y de la fuente de su verdad, para alcanzar un conocimiento aparente basta con percibir los hechos de la realidad en forma sensible. Y se dice que este permite solo un reflejo parcial del objeto en la conciencia del hombre.³

3. Díaz, E, Heler, M. El conocimiento científico. Buenos Aires, Editorial Eudeba, 2da edición, 1985.

Conocimiento Real Científico:

Es el movimiento de la razón que va del conocimiento primario al saber, de lo superficial a lo profundo y multilateral por medio de la práctica. La esencia del conocimiento consiste en la auténtica generalización de los hechos basada en el autocuidado de calidad libre de riesgos. Comprobación empírica.³

Tiene como objeto la realidad, es decir la naturaleza del movimiento. Por lo tanto tiene dos exigencias básicas que son:

1. La comprobabilidad, es decir, exige la explicación de su origen y la fuente de su verdad. El conocimiento científico aspira el conocimiento universal.
2. El conocimiento es la base para el desempeño profesional de una disciplina o cualquier actividad lo que garantiza una práctica de calidad libre de riesgos.

ACTITUD:

Es una forma de respuesta, a alguien o a algo aprendida y relativamente permanente. Se define como "reacción afectiva positiva o negativa hacia un objeto o proposición abstracto o concreto denotado".⁴ Las actitudes son aprendidas, dirigidas siempre hacia un objeto o idea particular.

Las actitudes se componen de 3 elementos: lo que piensa (componente cognitivo), lo que siente (componente emocional), y su tendencia a manifestar los pensamientos y emociones (componente conductual).⁴

3. Díaz, E, Heler, M. El conocimiento científico. Buenos Aires, Editorial Eudeba, 2da edición, 1985.

4. Dawmes R. Fundamentos y Técnicas de Medición de Actitudes. México, D. F. Editorial. Limusa, S.A., 4ta edición, 1983.

CONOCIMIENTO DE LA PRÁCTICA:

Es la acción y el efecto de conocer, entendimiento, inteligencia, razón natural, como producto de la investigación en la práctica para proporcionar una atención de calidad que favorece resultados positivos para el paciente y la familia. Ann Marriner presenta el conocimiento como la conciencia o percepción de la realidad adquirida a través del aprendizaje o la investigación.³

3. Díaz, E, Heler, M. El conocimiento científico. Buenos Aires, Editorial Eudeba, 2da edición, 1985.

ENFERMEDAD TERMINAL:

La calidad en la asistencia sanitaria de los pacientes en situación terminal tiene cada día más relevancia para el sistema sanitario y la sociedad en general. Debido al aumento progresivo del envejecimiento de la población, mortalidad por cáncer, por otras patologías, y la escasez de cuidadores. Entre un 50 y un 65% de los pacientes en fase terminal necesitan atención paliativa.⁵

Aumentar la calidad de vida en la última etapa es posible gracias a la atención integral, un equipo interdisciplinar y la toma de decisiones de acuerdo con los valores del paciente y la familia.

En la actualidad es mejor hablar de situaciones clínicas al final de la vida, donde la enfermedad terminal se encuentra entre enfermedad incurable avanzada y la situación de agonía. Es una enfermedad avanzada en fase evolutiva e irreversible con múltiples síntomas, impacto emocional, pérdida de autonomía, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida inferior a 6 meses, en un contexto de fragilidad progresiva.⁵

FACTORES PRONÓSTICOS Y CRITERIOS DE TERMINALIDAD EN ENFERMEDAD ONCOLÓGICA Y EN ENFERMEDADES AVANZADAS NO ONCOLÓGICAS.

Enfermedad Oncológica:

5. Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guías y Manuales del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1993.

a) La impresión clínica por sí sola no constituye un parámetro exacto para predecir el pronóstico en pacientes de cáncer en situación terminal.

b) Índice de Karnofsky < 40, menor supervivencia.

c) ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) < 2, menor supervivencia.

d) Presencia de síntomas como debilidad, anorexia, disnea de reposo, edema y delirium.

e) La percepción subjetiva del propio paciente de peor calidad de vida más el deterioro cognitivo tienen carácter pronóstico < 2 semanas.

f) Parámetros analíticos demostrativos en cuidados paliativos de una mayor relación con una mortalidad precoz son: hiponatremia, hipercalcemia, hipoproteinemia, hipoalbúminemia, leucocitosis, neutropenia y linfopenia.⁵

En pacientes con cáncer, los signos que con frecuencia se asocian a la fase terminal son: encamamiento, estado semicomatoso, ingesta limitada a líquidos o a pequeños sorbos, incapacidad para la administración oral de fármacos.

Enfermedades avanzadas no oncológicas:

Es conocida la dificultad que existe para determinar cuando un paciente con enfermedad avanzada no maligna entra en fase terminal. La razón principal radica en establecer criterios capaces de identificar un pronóstico de supervivencia inferior a 6 meses en estos pacientes.⁵

5. Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guías y Manuales del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1993.

Debido a esta dificultad es fundamental realizar una valoración multidimensional individualizada, escalas de valoración de las Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria, exámenes cognitivos como los tests de Pfeiffer y Folstein, escalas de depresión, etc.

Existen otras variables que nos ayudan junto con la valoración a establecer el pronóstico:

- a) La edad como indicador de comorbilidad y “fragilidad”.
- b) El tiempo de evolución del proceso causante de discapacidad.
- c) El estado nutricional.
- d) El deterioro cognitivo.
- e) La depresión.
- f) La falta de un adecuado soporte socio-familiar.

Saber identificar los criterios diagnósticos cuando un paciente entra en fase terminal nos ayuda a tener un manejo adecuado del mismo. Las principales enfermedades avanzadas no malignas de fase terminal son: Enfermedad Pulmonar, Enfermedad Cardíaca, Enfermedad Hepática, Enfermedad Renal, Enfermedad Cerebrovascular.⁵

"Guidelines" generales para determinar el pronóstico:

(National Hospice Organization).

5. Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guías y Manuales del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1993.

Criterios I.- Paciente muy mayor con vida limitada debido a: diagnóstico específico, varios diagnósticos o sin un diagnóstico claramente definido. El paciente y/o familia están informados de la situación.⁵

II.- Paciente y/o familia, previa información, han elegido tratamiento de control de síntomas sobre tratamiento curativo.

III.- El paciente presenta alguno de los siguientes:

A: Documentación clínica de progresión de la enfermedad que puede incluir:

- 1) Progresión de enfermedad primaria demostrada por medio de valoraciones, estudios complementarios, etc.
- 2) Varias visitas a urgencias, hospitalizaciones, en los últimos 6 meses.
- 3) Numerosas demandas de atención sanitaria.
- 4) Objetivación de un declive funcional reciente:
 - a) En pacientes con reducción previa de la funcionalidad por enfermedad crónica (ej. paciente con paraplejía crónica por alteración de la médula espinal que recientemente es diagnosticado de un cáncer).
 - b) Disminución funcional documentada por:
 - Índice de Karnofsky 50.
 - Dependencia en al menos 3 ABVD (bañarse, vestirse, comer, transferencias, continencia, capacidad de deambular al baño).

5. Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guías y Manuales del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1993.

B: Documentación de alteración nutricional reciente relacionada con el proceso terminal:

- 1) Pérdida de > 10% del peso de forma no intencionada en los últimos 6 meses.
- 2) Albúmina < 2.5 g/dl. ⁵

AGONÍA:

La situación de agonía es la que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, es decir, es el período de transición entre la vida y la muerte.

Es un síndrome que se caracteriza por un deterioro del estado general, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico de vida en horas o días. Originando un gran impacto y sufrimiento a la familia. Por lo que la atención en los últimos días del paciente implica un diagnóstico adecuado, comprender las características del sufrimiento del enfermo, proporcionar los mejores cuidados, apoyar a la familia y a los allegados.

La entrada en esta etapa es progresiva pero a veces es brusca si se presentan situaciones como hemorragia, sepsis, etc. Una vez que aparece, el enfermo sobrevive habitualmente una semana, pero dura menos de tres días si existe disminución o pérdida de conciencia.

1. Wilson Astudillo, Carmen Mendieneta, Edgar Astudillo, Cuidados de Enfermería en el final de la vida y atención a su familia, Editorial EUNSA Universidad de Navarra, 5ta Edición ,2008.

El paciente en fase agónica presenta pérdida de la vía oral, las principales causas son: disfagia o incapacidad para la deglución, (lesiones bucofaríngeas, neoplasias de esófago, etc.), náuseas y vómitos persistentes, oclusión intestinal, malabsorción, disminución de la conciencia, confusión. En la agonía, alrededor de un 85% de pacientes requiere administración de fármacos.¹

No obstante, el diagnóstico de la fase de agonía no está exento de dificultades, especialmente en pacientes no oncológicos, por ello es importante que los miembros del equipo estén de acuerdo, tanto en el pronóstico como en la información que se proporciona al enfermo y su familia.

La agonía provoca un gran impacto emocional en la familia quien es la principal cuidadora, reacciona de dos maneras: con silencio, resignación y abatimiento o con crisis de ansiedad, agitación, somatizaciones, frustración, e impotencia. Especialmente si los síntomas y el sufrimiento no estaban siendo bien controlados hasta entonces y si no se había hablado con el enfermo y el grupo familiar sobre cómo podía ser esta etapa.⁷

Por lo que se deberá establecer una comunicación sobre los cambios que se están produciendo, debido a que la agonía es una situación muy dinámica que requiere una evaluación frecuente de los cambios que se van produciendo y hacer correcciones para mantener bien controlados los síntomas. Se facilitará la expresión de emociones,

7. Eulalia López Imedio, Enfermería en Cuidados Paliativos, Madrid España, Editorial Panamericana, 1era Edición, 1998.

sentimientos, se brindará apoyo, consuelo, y se les invitará a participar en los cuidados, lo que favorece un buen duelo.

Se ayudará a organizar el cuidado final y otros aspectos prácticos, reforzando la atención en el cuidador principal por parte de los otros miembros de la familia. La familia no olvida lo que se hace en esta etapa y se sentirá comprendida y asistida con prontitud y esmero. Consiguiendo que las familias sientan que han cumplido satisfactoriamente con el enfermo.

No existe un lugar ideal para morir. El lugar depende de diversos factores entre ellos: voluntad del enfermo, disponibilidad de la familia, evolución de la enfermedad, los servicios sociales y un equipo de soporte para afrontar las diversas complicaciones que se puedan presentar.

Cuidados generales:

Es importante mantener buenos cuidados planificados y coordinar la atención, así como redefinir los objetivos terapéuticos, con menor empleo de medios técnicos para el control sintomático del paciente. Todo lo que se haga será para mantener su comodidad, alivio de los síntomas molestos y crear un ambiente de respeto en torno al enfermo.⁷

Redefinición del tratamiento:

7. Eulalia López Imedio, Enfermería en Cuidados Paliativos, Madrid España, Editorial Panamericana, 1era Edición, 1998.

Es esencial hacer una reevaluación del tratamiento y planificación para retirar los fármacos que no sean imprescindibles (laxantes, antidepresivos, antiarrítmicos, antihipertensivos, diuréticos, insulina, hipoglicemiantes, broncodilatadores, warfarina y coadyuvantes), a la vez que mantener otros y otras vías de administración como la subcutánea, al no ser posible el empleo de la vía oral.⁷

CUIDADOS PALIATIVOS

Definición de la OMS:

“El tratamiento paliativo es un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y de sus familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención, alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana y correcta evaluación, tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicosociales y espirituales”.⁸

Los objetivos de los cuidados paliativos:

- Proporcionan alivio del dolor y otros síntomas.
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal.
- No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte.
- Integran los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado del paciente.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a la familia y personas cuidadoras a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en el duelo.

8. World Health Organization. WHO definition of palliative care. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [Acceso marzo 2007].

- Utilizan una aproximación de equipo para responder a las necesidades de los pacientes, sus familias y personas cuidadoras, incluyendo soporte emocional en el duelo, cuando esté indicado.
- Mejoran la calidad de vida y pueden también influir positivamente en el curso de la enfermedad.
- Son aplicables de forma precoz en el curso de la enfermedad, en conjunción con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, tales como quimioterapia o radioterapia e incluyen aquellas investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.⁸

VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS:

Prioridades:

Al elegir la vía de administración de medicamentos procuraremos que sea:

- Autónoma: que permita al paciente llevar una vida lo más normal posible.
- Fácil utilización: por parte del paciente, familia o cuidadores directos.
- Mínima agresividad.
- Mínimos efectos secundarios en su utilización.

Otras vías de administración que podrían ser útiles, como la rectal y la sublingual, presentan la limitación de la inexistencia de esas presentaciones en la mayoría de los fármacos esenciales en cuidados paliativos.

8. World Health Organization. WHO definition of palliative care. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [Acceso marzo 2007].

La vía rectal debido a la gran variabilidad interindividual en la biodisponibilidad, (su impactación en las heces), y su lento inicio de acción ha decaído bastante.¹

La vía intramuscular no se utiliza prácticamente nunca en cuidados paliativos. Además de dolorosa, la absorción es muy irregular, existiendo gran variabilidad en el inicio, intensidad y duración de la acción. Por otro lado, los pacientes caquéticos no tienen suficiente masa muscular.¹

La vía intravenosa, tampoco es adecuada. Precisa personal adiestrado, las complicaciones son frecuentes (flebitis, obstrucción o salida del catéter, etc.), es dolorosa y, en muchos casos, las venas son poco accesibles. Además, hay que tener en cuenta la pérdida de independencia que conlleva. La vía intravenosa en Cuidados Paliativos solo se usa en situaciones excepcionales.¹

Frente a esas limitaciones, la vía alternativa de elección en pacientes en el final de la vida es la subcutánea.¹

LA VÍA SUBCUTÁNEA

HISTORIA:

El método se describió por primera vez 1979 en los enfermos en fase terminal con el empleo de opioides en infusión continua en los Hospices de Inglaterra.¹

1. Wilson Astudillo, Carmen Mendieneta, Edgar Astudillo, Cuidados de Enfermería en el final de la vida y atención a su familia, Editorial EUNSA Universidad de Navarra, 5ta Edición ,2008.

CONCEPTO:

Es la introducción de un fármaco a través del tejido subcutáneo.

VENTAJAS DE LA VÍA SUBCUTÁNEA:

- Control adecuado de los síntomas y mantiene su hidratación.
- Autonomía del paciente y calidad de vida.
- Vía segura, sencilla y fácil acceso.
- Poco agresiva.
- No precisa Hospitalización, bajo costo.
- Menos efectos secundarios que la vía IV.
- Es más cómoda para los pacientes.
- Evita las inyecciones frecuentes.
- Participación de la familia en el cuidado.^{1,7}

Debido a estas características la convierten en una técnica efectiva y rentable que permite, con mínimo riesgo para el paciente, su asistencia integral hasta el fallecimiento.⁷

Para la familia supone una garantía de la continuidad de los cuidados, le permite un relativo descanso y al participar en el cuidado directo del paciente asumiendo una tarea concreta, le disminuye el impacto emocional de la situación (se sienten útiles).

1. Wilson Astudillo, Carmen Mendieneta, Edgar Astudillo, Cuidados de Enfermería en el final de la vida y atención a su familia, Editorial EUNSA Universidad de Navarra, 5ta Edición ,2008.
7. Eulalia López Imedio, Enfermería en Cuidados Paliativos, Madrid España, Editorial Panamericana, 1era Edición, 1998.

INDICACIONES:

La utilización de la vía subcutánea está indicada en aquellas circunstancias en las que el paciente no puede tomar la medicación por vía oral o cuando los síntomas no están suficientemente controlados por esta vía.

En la práctica, las situaciones en las que la vía subcutánea se considera como la opción de primera elección son: náuseas y vómitos incontrolados, disfagia grave, síndrome de oclusión intestinal no candidato a tratamiento quirúrgico, sedación paliativa, agitación, convulsiones y atención en la agonía.⁶

El dolor no es una indicación para la administración de vía subcutánea si la vía oral no presenta problemas.

ZONAS DE PUNCIÓN:

La punción subcutánea se puede realizar teóricamente en cualquier parte del cuerpo donde exista tejido subcutáneo. Se procurará elegir una región que permita la movilidad del paciente.

6. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2006/08.

Las localizaciones anatómicas más frecuentemente utilizadas son la torácica anterior, (infraclavicular), la deltoidea, abdomen, cara antero lateral del muslo. Evitando las zonas con alteraciones cutáneas inflamaciones, heridas o edemas. Que no esté dentro del campo de irradiación de radioterapia.¹

Se debe tener en cuenta las cantidades a infundir. Para grandes volúmenes es recomendable utilizar la parte lateral del abdomen, la espalda y el muslo. Los brazos y, sobre todo, la región pectoral resultan muy adecuados para pequeños volúmenes.¹ La punción en el lado izquierdo o derecho del cuerpo dependerá de si el enfermo duerme en decúbito supino o decúbito lateral.

No se aconseja los cuadrantes abdominales superiores y los muslos por ser más incómodos para el paciente y de peor acceso y control.

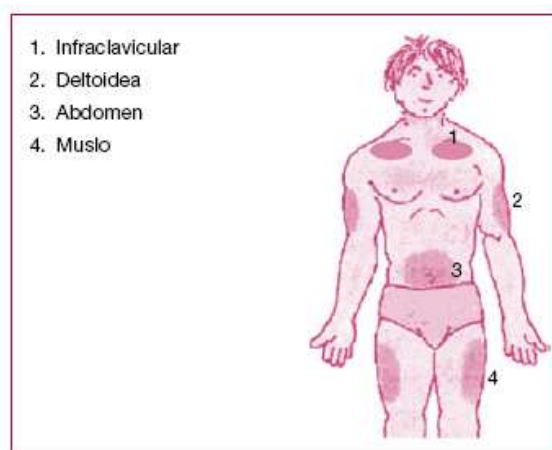


GRÁFICO 1. Zonas de punción recomendadas para la vía subcutánea.¹

1. Zonas de punción recomendadas para la vía subcutánea.
<http://www.fisterra.com/material/tecnicas/parenteral/subcutanea.asp>

BASES FARMACOLÓGICAS DE LA VÍA SUBCUTÁNEA:

Factores que influyen en la absorción de los fármacos por vía subcutánea:

La difusión local del fármaco depende de:

- La superficie a la que se expone el fármaco (a mayor superficie, mayor absorción).
- El volumen de la solución inyectada.
- La concentración del fármaco.
- El peso molecular (las moléculas más grandes tienen una absorción más lenta).

Otros factores biológicos:

Como la actividad muscular que modifican el flujo sanguíneo y linfático o influyen en la velocidad de absorción (procesos patológicos como la insuficiencia cardíaca). No hay evidencias sobre la edad (que modifica el tejido subcutáneo), en la absorción de los fármacos por vía subcutánea.

La región anatómica y las condiciones de los tejidos son importantes. El flujo sanguíneo de los músculos es variable. La absorción puede variar según el sitio donde los fármacos son inyectados (por ejemplo, está disminuida si hay fibrosis por inyecciones repetidas).

La adición de enzimas (hialuronidasa) en la solución a administrar por vía subcutánea aumenta la absorción (al romper las proteínas del tejido subcutáneo para que el fármaco se distribuya mejor).

Los fármacos que se emplean por esta vía deben ser hidrosolubles y con un ph más o menos neutro, baja potencia irritante (a fin de evitar la aparición eventual de dolor intenso, necrosis o esfacelo), y menor riesgo de acumulación, por lo que se evitarán los liposolubles por ser muy irritantes, con alto riesgo de precipitación y acumulación.

La velocidad de absorción después de inyección subcutánea suele ser lo bastante baja y constante como para lograr un efecto sostenido. La incorporación de un agente vasoconstrictor en la solución de un producto para inyección subcutánea también retrasa su absorción.

La biodisponibilidad de las diferentes vías parenterales es parecida, aunque hay diferencias en la velocidad de absorción. En un estudio sobre el control del dolor post-operatorio se observaron niveles plasmáticos de morfina en administración subcutánea continua comparables a los obtenidos por infusión intravenosa continua. El efecto analgésico era similar con ambos métodos.⁷ La administración por vía subcutánea evita, como el resto de las vías parenterales el metabolismo hepático, suprimiendo así las variaciones individuales que se producen en la biodisponibilidad.

7. Eulalia López Imedio, Enfermería en Cuidados Paliativos, Madrid España, Editorial Panamericana, 1era Edición, 1998.

TABLA 1 FÁRMACOS UTILIZADOS POR VÍA SUBCUTÁNEA:

Fármaco:	Indicación:	Dosis:	Presentación:
Morfina	Dolor moderado, severo, disnea, sedación.	0,5mg/Kg/24horas dosis inicial. No tiene dosis tope.	Ampollas 1% y 2%
Ketorolaco	Dolor leve, moderado.	30 a 90 mg/24horas.	Ampollas 30 mg/ml
Tramadol	Dolor moderado a severo.	100 a 400mg /24 horas.	100mg/ml
Haloperidol	Estados de confusión o agitación, antiemético de acción central.	3 a 5 mg / 24 horas. (dosis máxima 15 mg/24 horas).	5mg/ml
Levopromazina	Estado confusional, agitación y vómito.	25 a 50mg/dosis.	25mg/ml
Midazolam	Agitación, sedación, disnea, estados convulsivos.	1 a 6mg/cada 4 a 6 horas en forma discontinua o 30 a 60 mg/ 24 horas en infusión.	1 mg y 5mg/ml
Metoclopramida	Antiemético.	10 a 20 mg/cada 6 a 8 horas en forma discontinua o 30 a	5mg/ml

		60 mg/ 24 horas en infusión.	
Dexametasona	Caquexia, anorexia, anti-inflamatorio.	2 a 24 mg/24 horas en infusión continua.	4mg/ml
Butilbromuro de hioscina	Estertores premorten.	20mg/6horas.	20mg/ml

ELABORADO POR ELISA GABRIELA PILATAXI IZURIETA.

TABLA 2 LAS COMBINACIONES DE FÁRMACOS QUE SE PUEDEN HACER SIN RIESGO DE PRECIPITACIÓN SON:

COMBINACIÓN DE 2 FÁRMACOS:	COMBINACIÓN DE 3 FÁRMACOS:
<ul style="list-style-type: none"> • Hioscina y midazolam. • Metoclopramida y haloperidol. • Hioscina y haloperidol. • Tramadol y haloperidol. • Metoclopramida e hioscina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Midazolam, hioscina y metoclopramida. • Midazolam, tramadol y metoclopramida. • Midazolam, tramadol e hioscina.

ELABORADO POR ELISA GABRIELA PILATAXI IZURIETA.

La morfina no precipita con ninguna de estas combinaciones. Las posibilidades de precipitación aumentan cuanto mayor sea el número de fármacos mezclados. No se conoce la influencia de estas mezclas en su estabilidad final (aún con fármacos compatibles entre sí).

Para diluir los fármacos es preferible utilizar suero salino por su isotonicidad. Se puede usar también suero glucosado al 5%.

LOS FÁRMACOS CON MALA TOLERANCIA SUBCUTÁNEA SON:

La metadona (asociada con frecuencia a reacciones locales de gran intensidad).

La metoclopramida, clorpromacina (reacciones en la piel muy frecuentes).

La dexametasona, fenotiacina (se tolera poco).

COMPLICACIONES:

En general, la incidencia de complicaciones es muy baja, en torno al 2-3%. Lo más frecuente es la irritación local (enrojecimiento, dolor, hematoma e induración), que sucede en aproximadamente un 8-13% de pacientes y que se resuelve cambiando el sitio de inyección. Twycros sugiere el uso de hidrocortisona mezclado en la solución para la prevención y tratamiento de la inflamación local.¹

Según algunos autores, parece que se presenta con más frecuencia con las mariposas metálicas que con las de teflón. Estas, en cambio, parece que se exteriorizan con más frecuencia que las primeras. La exteriorización es la complicación que más veces motiva el recambio.⁷

1. Wilson Astudillo, Carmen Mendieneta, Edgar Astudillo, Cuidados de Enfermería en el final de la vida y atención a su familia, Editorial EUNSA Universidad de Navarra, 5ta Edición ,2008.

7. Eulalia López Imedio, Enfermería en Cuidados Paliativos, Madrid España, Editorial Panamericana, 1era Edición, 1998.

La infección de la zona y el absceso cutáneo son muy poco frecuentes de 0,5-1%. Aún más raras son las hemorragias por lesión de algún vaso. Ninguna de estas situaciones suele revestir gravedad.⁷

Tampoco se han observado diferencias en cuanto a tolerancia y efectos secundarios de los fármacos respecto de otras vías de administración.

La intolerancia psicológica del paciente (alrededor de un 1%) y la claudicación familiar son los motivos que más frecuentemente pueden condicionar la retirada.

No se ha observado ningún episodio de toxicidad local grave.

TÉCNICA DE PUNCIÓN:

- Se puede usar: catlón N^o 22 o una mariposa N^o 23 o 25. Si se usa la mariposa se debe purgar con 0,5 cc de suero fisiológico.
- Desinfectar la zona elegida con povidona yodada.
- Insertar la aguja o catlón rápidamente, con un solo movimiento, con el bisel hacia arriba y en un ángulo de 45 grados.
- Cubrir con apósito transparente.
- Uso de guantes.

7. Eulalia López Imedio, Enfermería en Cuidados Paliativos, Madrid España, Editorial Panamericana, 1era Edición, 1998.

CONTROL Y SEGUIMIENTO:

Independientemente del material utilizado (catlón o mariposa), la duración media oscila en 5-7 días. La causa que más frecuentemente que motiva el cambio es la salida accidental de la aguja.⁷

Es recomendable el control diario por los familiares, a los que se entrenará previamente en cuanto a los cuidados que deben tener (evitar acodamientos de la alargadera, vigilar la aparición de signos de irritación local, etc.). La utilización de apósitos transparentes facilitan esta labor.⁷ Se debe enseñar a la familia como colocar la vía subcutánea en caso de ser necesario o a administrar el medicamento por medio de punción subcutánea directa hasta colocar una nueva vía subcutánea.

Con un control adecuado, se han llegado a emplear durante largos períodos de tiempo, sin complicaciones. Se han publicado casos en los que se ha mantenido el tratamiento durante casi 2 años.⁵ La duración del sitio de punción no está en relación con la edad, sexo, dosis, ritmo de infusión, tipo de narcótico empleado o lugar de la punción.

Hipodermocclisis:

Es la administración subcutánea de un gran volumen de líquido (se infunde una media de 500 a 1.500ml de solución salina o dextrosa al 5%). En pacientes que lo ameriten y es un tema de debate.

7. Eulalia López Imedio, Enfermería en Cuidados Paliativos, Madrid España, Editorial Panamericana, 1era Edición, 1998.

5. Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guías y Manuales del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1993.

Modalidades de administración de fármacos:

Existen dos formas de administración de fármacos por vía subcutánea:

-En forma de bolos:

TABLA 3 VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS EN BOLOS:

VENTAJAS	DESVENTAJAS
-Mantenimiento sencillo. -No precisa personal adiestrado. -Mayor libertad y autonomía del paciente. -Confidencialidad. -Mayor efecto en el dolor agudo. -Bajo coste.	-Efecto irregular y discontinuo de los fármacos. -Mayor número de manipulaciones.

ELABORADO POR ELISA GABRIELA PILATAXI IZURIETA.

-En infusión continua:

TABLA 4 VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LOS FÁRMACOS ADMINISTRADOS EN INFUSIÓN CONTINUA:

VENTAJAS	DESVENTAJAS
-Permite grandes volúmenes. -Evita manipulaciones. -Niveles más estables de analgesia. -Factible su aplicación en el domicilio.	-Mantenimiento complejo. -Requiere personal adiestrado. -Menor efecto en el dolor agudo. -Efecto continuo, analgesia uniforme. -Costo muy elevado.

ELABORADO POR ELISA GABRIELA PILATAXI IZURIETA.

-La administración de fármacos por vía subcutánea mediante bombas de infusión continua permite un buen control sintomático. El método se considera eficaz en el 80% de los casos.

-En un estudio efectuado por el Dr. Bruera en el año 1988, el 94% de los enfermos optaron por el tratamiento con infusión continua subcutánea en lugar de por vía intravenosa.¹

1 Wilson Astudillo, Carmen Mendieneta, Edgar Astudillo, Cuidados de Enfermería en el final de la vida y atención a su familia, Editorial EUNSA Universidad de Navarra, 5ta Edición ,2008.

CAPÍTULO III

III.1 METODOLOGÍA:

TIPO DE ESTUDIO:

Estudio descriptivo transversal analítico.

MUESTRA:

Se consultó el registro de médicos/as de Planta del HVQ hasta Enero del 2011, habiéndose encontrado un total de 220 médicos. Al analizar el registro de médicos se encontró 24 profesionales que no cumplían criterios de inclusión (Odontólogo, Psicólogo Clínico), por lo que el universo se conformó de 196 médicos.

La encuesta se aplicó a toda el universo del HVQ durante cuatro semanas, obteniéndose 136 encuestas contestadas que representa el 69%, no fueron contestadas 50 (26%) de encuestas, y 10 (5%) de las encuestas se perdieron. Por lo que la tabulación de los datos se realizó a partir de las 136 encuestas respondidas.

Criterios de inclusión:

- 1.- Ser Médico de planta del HVQ.
- 2.- Pertenecer a cualquiera de las especialidades Clínicas o Quirúrgicas.

Criterios de exclusión:

- 1.- No ser Médico de planta del HVQ.
- 2.- No pertenecer a cualquiera de las especialidades Clínicas o Quirúrgicas.

INSTRUMENTO:

Se utilizó una encuesta estructurada tipo CAP que permite valorar conocimientos, actitudes y prácticas que fue elaborada por la autora.

Validada en dos fases. En la primera fase se realizó un DELPHI donde intervinieron cinco expertos acerca del tema que ayudó a validar la calidad de las preguntas. En la segunda fase se realizó una prueba piloto en una submuestra de 40 Médicos del Hospital Vozandes Quito que ayudó a cambiar el orden y redacción de las preguntas.

La encuesta fue de carácter anónima y voluntaria se basa en los objetivos del trabajo.

Consta de 16 ítems, que conforman preguntas cerradas, (guiada por opciones) y una abierta. Contempló cuatro componentes que se encuentran divididos de la siguiente forma: Cuatro preguntas incluyen datos personales (Características demográficas). Ocho preguntas evalúan el conocimiento. Una pregunta evalúa la actitud. Dos preguntas evalúan la práctica.

Para la pregunta 16 que es una pregunta abierta se la categorizó en tres respuestas de por qué no se practica el uso de la vía subcutánea: “NO MANEJO PACIENTES EN FASE TERMINAL”, “DESCONOCIMIENTO”, porque utilizan “OTRAS ALTERNATIVAS”. Su contenido exacto se expone. **Anexo 1.**

La encuesta se realizó en hojas de forma indirecta, es decir, sin la presencia del encuestador.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL ESTUDIO:

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS ESTUDIADAS EN EL ANÁLISIS DEL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL VOZANDES QUITO.

TABLA 5 VARIABLES PERTINENTES O RELATIVAS A LA SOCIEDAD Y LA DEMOGRAFÍA.

VARIABLE:	DEFINICIÓN CONCEPTUAL:	INDICADOR:	ESCALA DE MEDICIÓN:
INTERVINIENTE INDEPENDIENTE /CUANTITATIVA			
SEXO	Condición orgánica que distingue, femenino de masculino.	Femenino Masculino	Razón
EDAD	Tiempo en años que ha vivido una persona.	Número de años cumplidos	Razón
AÑOS DE EXPERIENCIA	Indicación del tiempo que se hace o sucede una cosa.	Años	Razón
INTERVINIENTE INDEPENDIENTE /CUALITATIVA			
ESPECIALIDAD	Singularidad o particularidad, cuyo objeto es una parte limitada de las mismas.	Medicina Interna Cirujano Emergenciólogo Médico Familiar	Nominal Dicotómica

ELABORADO POR ELISA GABRIELA PILATAZI IZURIETA.

VARIABLES estudiadas en el análisis del nivel de conocimiento de la vía subcutánea.

TABLA 6 VARIABLES COGNITIVAS PERTINENTES O RELATIVAS AL CONOCIMIENTO.

VARIABLE:	DEFINICION CONCEPTUAL:	INDICADOR:	ESCALA DE MEDICIÓN:
APLICACIONES	Motivo de una acción.	Preventivos Terapéuticos Diagnósticos	Nominal Dicotómica
INDICACIONES	Dar a entender, señalar o asignar.	Nauseas, vómitos Disfagia grave Síndrome de oclusión intestinal no candidato a tratamiento quirúrgico Sedación paliativa Agitación Convulsiones Atención en la agonía	Nominal Dicotómica
ZONAS DE PUNCIÓN RECOMENDADAS	Extensión grande de superficie que tiene forma de banda o faja.	Infraclavicular Deltoidea Abdomen Muslo	Nominal Dicotómica
CONTRAINDICACIONES	Agente terapéutico que es perjudicial en una determinada afección.	Anasarca Estados de shock Coagulopatías severas	Nominal Dicotómica
EFEECTO ADVERSO	Desfavorable, producido por una causa.	Edema Equimosis Infección	Nominal Dicotómica
MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS	Conjunto de sustancias, y medios que conducen a un fin terapéutico.	Antibióticos Analgésicos Anticonvulsivantes Sedantes	Nominal Dicotómica
NIVELES PLASMATICOS DEL FÁRMACO	Mide el disuelto en plasma como el unido a proteínas.		Nominal Dicotómica
OPIOIDES	Medicamento que suprime toda sensación de dolor sin pérdida de los restantes modos de la sensibilidad.		Nominal Dicotómica
ACTITUD	Disposición del personal para la aceptación del uso de la vía subcutánea.		Nominal Dicotómica
PRÁCTICA	Experimentación de una teoría.		Nominal Dicotómica

ELABORADO POR ELISA GABRIELA PILATAZI IZURIETA.

PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS:

Se realizó un análisis descriptivo de las cuatro áreas que formaron la encuesta. Para poder determinar si se conocía o no sobre la vía subcutánea se toma como punto de corte la media de los puntajes obtenidos en la sección de conocimientos que fue de 11 puntos.

Los datos fueron ingresados en el programa Excel y posteriormente se analizaron con el paquete estadístico SPSS versión 17. Se aceptó como nivel de significación $p < 0,05$. Para el análisis estadístico de las variables cualitativas se utilizó la prueba de la Chi cuadrado, la t de Student y el análisis de la varianza para relacionar variables cuantitativas y cualitativas, así como el coeficiente de correlación de Pearson para variables cuantitativas.

TABLA 7 CODIFICACIÓN DE DATOS EN EXCEL

N° Encuesta	Edad	Sexo	Especialidad	Años de experiencia	Aplicación		
					Preventivos	Terapéutico	Diagnósticos
001							

ELABORADO POR ELISA GABRIELA PILATAXI IZURIETA.

ASPECTOS BIOÉTICOS:

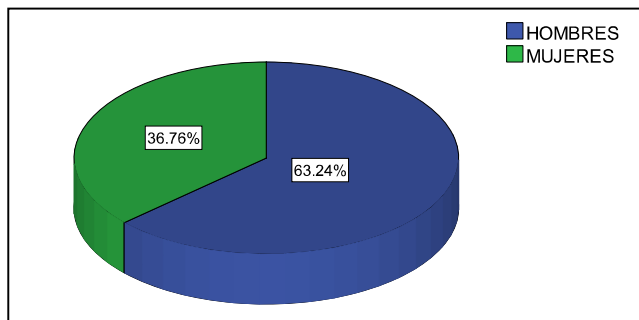
- La forma como se obtendrá el consentimiento será por medio de una ficha que explicará y proveerá el objetivo, beneficio, incomodidades, y el rol que tienen los participantes en la misma. Garantizarán que la muestra en estudio se exprese voluntariamente.
- La confidencialidad se la mantendrá mediante anonimato. La revocatoria del consentimiento se podrá realizar en cualquier momento sin que derive en responsabilidad para el encuestado.
- Se realizará en seres humanos guardando principios éticos de autonomía, beneficencia, no beneficencia y para proteger a las personas de reacciones adversas emocionales.

CAPÍTULO IV
IV.I RESULTADOS

1. Análisis descriptivo de las características sociodemográficas:

De los 136 médicos encuestados, la mayor parte fueron hombres, con una proporción que alcanzó casi tres cuartas partes 63,2% (86), en tanto que las mujeres participaron en 36,8% (50).

GRÁFICO 2 SEXO



ELABORADO POR ELISA GABRIELA PILATAXI IZURIETA.

El promedio de edad de los médicos es de 39,8 años, siendo la edad mínima de 26 años y la máxima de 60 años. La edad que tuvo mayor participación fue de 38 años con 8,1%, seguido de los que tienen 45 años con 6,6%.

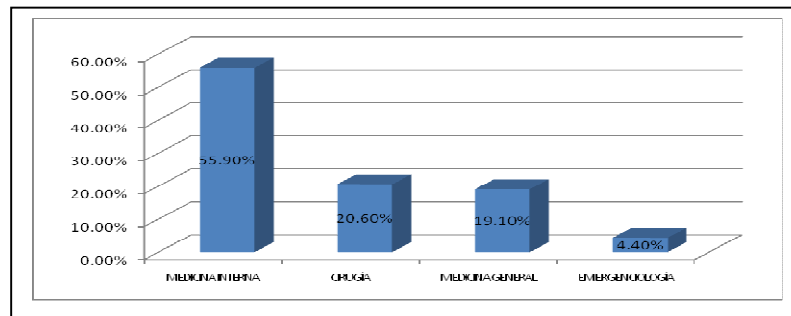
TABLA 8 DESCRIPCIÓN DE EDAD

	N	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
EDAD	136	26	60	39.83	.766	8.928

ELABORADO POR ELISA GABRIELA PILATAXI IZURIETA.

Las especialidades que mayor participación tuvieron son Medicina Interna, Cirugía, y Medicina General con 55,9%, 20,6% y 19,1% respectivamente.

GRÁFICO 3 ESPECIALIDADES



ELABORADO POR ELISA GABRIELA PILATAXI IZURIETA.

La mayor proporción de hombres se encuentra en la especialidad de Medicina Interna 52,3% (45), y Cirugía 31,4% (27). En cuanto a las mujeres un 15,5% pertenece a Medicina Interna, Medicina General 8%, Emergencia el 1% y Cirugía con 0,5%.

En relación a los años de experiencia la edad mínima es de 2 años de experiencia que corresponde a los médicos de medicina general, la edad máxima es de 32 años.

TABLA 9 AÑOS DE EXPERIENCIA

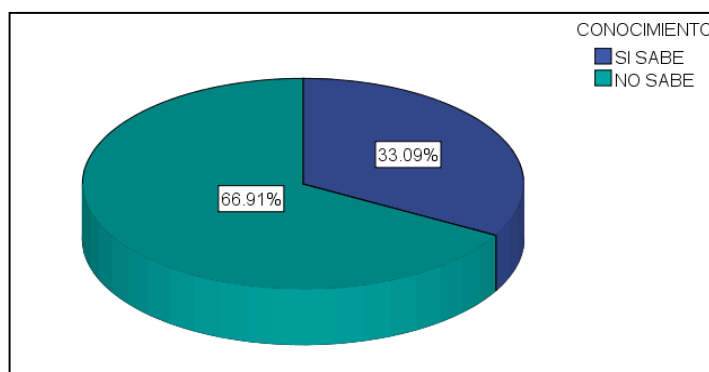
	N	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
EXPERIENCIA	136	2	32	14.51	.715	8.340

ELABORADO POR ELISA GABRIELA PILATAXI IZURIETA.

2. Conocimientos:

El conocimiento global que se tomó a partir de la media para clasificar al grupo, tenemos que una proporción del 66,9% (91) de médicos no conoce y un 33,1% (45) conoce sobre el uso de la vía subcutánea en pacientes en fase terminal.

GRÁFICO 4 CONOCIMIENTO GLOBAL DEL USO DE LA VÍA SUBCUTÁNEA EN EL PACIENTE EN FASE TERMINAL.



ELABORADO POR ELISA GABRIELA PILATAXI IZURIETA.

2.1 Conocimiento de la aplicación de vía subcutánea en el paciente en fase terminal.

En una proporción del 79,3% consideran que es terapéutico, en un 51,5% preventivo y diagnóstico un 11,3%.

2.2 Conocimiento sobre situaciones de primera elección en pacientes en fase terminal.

Se considera que solamente la sedación 85,3% y la agonía 72,8% son situaciones de primera elección. Mientras que dentro de las que no se consideran situación de primera

elección están: convulsiones 85,3%, agitación 81,6%, náusea 77,8%, disfagia 62,5%, y oclusión 61,8%.

2.3 Conocimiento sobre zonas de punción recomendadas para la vía subcutánea.

El abdomen con una proporción de 91,2% y el muslo en 65,2%, se consideran zonas de punción recomendadas para la vía subcutánea. En tanto, que la región deltoidea en un 61,8% y la infraclavicular en un 83,8% no se consideran zonas de punción recomendadas para la vía subcutánea.

2.4 Conocimiento sobre las contraindicaciones de la utilización de la vía subcutánea.

No se consideran contraindicaciones la coagulación en el 71,6%, anasarca en un 58,8%, y shock en un 55,9%.

2.5 Conocimiento sobre efectos secundarios o complicaciones de la vía subcutánea.

Son considerados como efectos secundarios la infección en una proporción del 60,3%, y la equimosis 41,2%. Mientras que el edema y el dolor no se consideran como complicación del uso de la vía subcutánea en un 81,6% y 65,2% respectivamente.

2.6 Conocimiento sobre medicamentos que se pueden administrar por vía subcutánea.

La mayor proporción de médicos considera que solamente los analgésicos 87,5% son los medicamentos que se pueden administrar por vía subcutánea. Mientras que existe desconocimiento en cuanto a la administración de sedantes 40,4%, anticonvulsivantes 19,3%, y antibióticos 8,1%

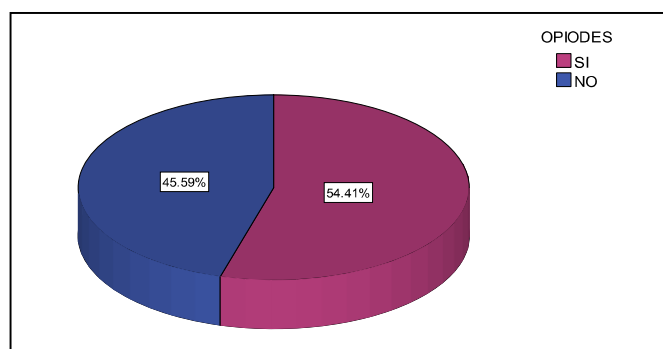
2.7 Conocimiento sobre los niveles plasmáticos de un fármaco alcanzados por vía subcutánea son comparables a los obtenidos por vía intravenosa.

En una proporción de 75,6% se considera que los niveles plasmáticos no son comparables a los administrados por vía intravenosa.

2.8 Conocimiento sobre que analgésicos son los más administrados por vía subcutánea.

Se considera que los opiodes son los analgésicos más comúnmente administrados por vía subcutánea en una proporción de 54,4%.

GRÁFICO 5 ANALGÉSICOS MÁS FRECUENTEMENTE UTILIZADOS POR VÍA SUBCUTÁNEA.

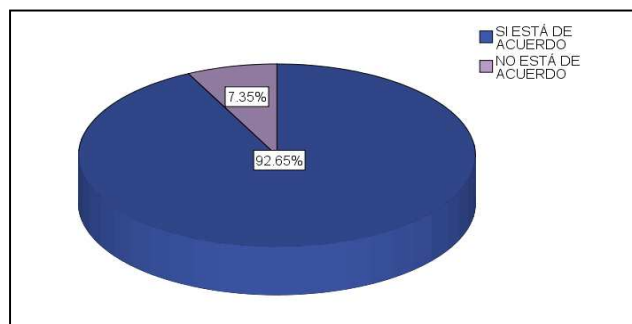


ELABORADO POR ELISA GABRIELA PILATAXI IZURIETA.

3. Actitud:

Con relación a la actitud el 92,6% de médicos está de acuerdo con el uso de la vía subcutánea en el paciente en fase terminal.

GRÁFICO 6 ACTITUD FRENTE AL USO DE LA VÍA SUBCUTÁNEA.



ELABORADO POR ELISA GABRIELA PILATAXI IZURIETA.

4. Prácticas:

En la actualidad el 17,6% de médicos utilizan la vía subcutánea, mientras que un 27,9% la ha utilizado alguna vez durante su práctica médica.

En la pregunta 16 si Ud. Está de acuerdo con la vía subcutánea porque no ha practicado un 35,3% refiere no manejar pacientes en fase terminal, un 12,5% desconoce, y un 8,8% de médicos refiere que existen otras alternativas como la vía intravenosa.

Análisis Estadístico:

En cuanto al conocimiento global existe diferencia altamente significativa, entre la media de los médicos que conocen y los que desconocen sobre el uso de la vía subcutánea en el paciente en fase terminal, t student p 0,000.

TABLA 10 CONOCIMIENTO GLOBAL

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SI SABE	45	15.4889	3.05720	.45574
NO SABE	91	9.3956	1.67915	.17602

	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
Equal variances assumed	28.9	.000	15.009	134	.000
Equal variances not assumed		.000	12.472	57.481	.000

ELABORADO POR ELISA GABRIELA PILATAZI IZURIETA.

Existe diferencia estadísticamente significativa entre la media de los médicos que si están de acuerdo y los que no están de acuerdo con el uso de con el uso de la vía subcutánea en el paciente en fase terminal, t student $p < 0,000$.

TABLA 11 ESTÁ DE ACUERDO

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SI ESTÁ DE ACUERDO.	126	11.7619	3.47662	.30972
NO ESTÁ DE ACUERDO.	10	7.0000	2.62467	.82999

	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
Equal variances assumed	.851	.358	4.231	134	.000
Equal variarnces not assumed			5.375	11.665	.000

ELABORADO POR ELISA GABRIELA PILATAZI IZURIETA.

En cuanto a la diferencia de la media entre los médicos que usan actualmente la vía subcutánea se puede ver que existe diferencia estadísticamente significativa entre los médicos que practican y los que no practican en la actualidad, t student $p < 0,000$.

TABLA 12 USO ACTUAL DE LA VÍA SUBCUTÁNEA:

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SI USA	24	17.3333	2.82330	.57630
NO USA	112	10.1429	2.28137	.21557

	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
Equal variances assumed	4.03	.047	13.414	134	.000
Equal variances not assumed			11.686	29.766	.000

ELABORADO POR ELISA GABRIELA PILATAZI IZURIETA.

Existe gran diferencia entre los médicos que sí usaron y los que no usaron vía subcutánea, t student 0,000.

TABLA 13 HA UTILIZADO LA VIA SUBCUTÁNEA:

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SI USÓ	38	16.1316	2.89614	.46982
NO USÓ	98	9.5816	1.75231	.17701

	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
Equal variances assumed	18.3	.000	16.088	134	.000
Equal variances not assumed			13.046	47.882	.000

ELABORADO POR ELISA GABRIELA PILATAZI IZURIETA.

Existe una asociación con relación a los médicos que conocen y la práctica actual, Chi cuadrada 58, 933, df 1, p 0,000.

TABLA 14 ASOCIACIÓN ENTRE CONOCIMIENTO (SI SABE – NO SABE) Y PRÁCTICA ACTUAL:

	CONOCIMIENTO		TOTAL
	SI SABE	NO SABE	
SI USA Count	24	0	24
	53.3%	.0%	17.6%
NO USA Count	21	91	112
	46.7%	100.0%	82.4%
Total Count	45	91	136
	100.0%	100.0%	100.0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	58.933 ^a	1	.000
Continuity Correction ^b	55.321	1	.000

ELABORADO POR ELISA GABRIELA PILATAXI IZURIETA.

Se puede ver que existe una correlación entre los médicos que saben y que practicaron, Chi cuadrado 106.641, df 1 p 0,000.

TABLA 15 ASOCIACIÓN ENTRE CONOCIMIENTO (SI SABE – NO SABE) Y LA PRÁCTICA (USÓ – NO USÓ):

	CONOCIMIENTO		TOTAL
	SI SABE	NO SABE	
SI USÓ Count	38	0	38
	84.4%	.0%	27.9%
NO USÓ Count	7	91	98
	15.6%	100.0%	72.1%
Total Count	45	91	136
	100.0%	100.0%	100.0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	106.641 ^a	1	.000
Continuity Correction ^b	102.488	1	.000

ELABORADO POR ELISA GABRIELA PILATAXI IZURIETA.

IV.II DISCUSIÓN

Se realizó una investigación descriptiva transversal y analítica sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos sobre el uso de la vía subcutánea en el paciente en fase terminal.

Los años de experiencia de los médicos en cuanto al conocimiento de la vía subcutánea no se encuentran asociados, es decir, que el tener más años de experiencia no parece incidir en tener aparentemente más conocimiento, sino más bien se puede ver que se encuentra asociada a la práctica, porque quienes desconocen nunca han utilizado esta vía.

En cuanto a la especialidad podemos ver que no es un factor determinante para tener un mayor conocimiento, no se encontró que exista diferencia entre la media de especialidades Clínicas de las Quirúrgicas. Sin embargo, se considera que las especialidades Clínicas al tener un mayor contacto con pacientes con enfermedades crónico degenerativas, enfermedades cardíacas, pulmonares, neurológicas, debe tener un conocimiento adecuado sobre la vía subcutánea en el paciente en fase terminal. Cabe recalcar que la mayor proporción 75% de médicos que participaron pertenecían a especialidades Clínicas.

El ser hombre o mujer no es un factor determinante para tener conocimiento de la vía subcutánea, no se encontró que exista una diferencia entre su media, a pesar que la mayor parte de médicos encuestados eran hombres 63,2% vs. mujeres 36, 8%.

Existe un alto porcentaje 66,9% de médicos que no conocen acerca del uso de la vía subcutánea en pacientes en fase terminal, llama mucho la atención que el parámetro que se tomó para categorizar a quienes conocían de los que no, en este caso la media, es muy baja a penas 11 puntos. A pesar de ser un parámetro bajo también seguimos obteniendo un puntaje bastante alto en cuanto al desconocimiento sobre el uso de vía subcutánea en fase terminal. Además, se encontró que existe una diferencia altamente significativa en la media del conocimiento global en el grupo de médicos que conocían 33,1% de quienes no conocían sobre el uso de la vía subcutánea.

Sin embargo, se puede considerar que el desconocimiento sobre el uso de la vía subcutánea puede deberse a que simplemente falta interés por parte de los médicos en cuanto a los temas relacionados con cuidados paliativos, propio desconocimiento, o a factores externos, es decir, en esta última instancia podríamos atribuir a que no hay una formación sobre este tema en el pregrado y en los posgrados. Este hecho se confirma mediante la revisión de la literatura que indica la necesidad de mejorar la educación médica frente a la muerte, enfermedad terminal, el duelo. El conocimiento de estos temas es necesario para la adecuada prestación de los cuidados paliativos.

Sin embargo, existe fuerte evidencia que apoya las intervenciones para mejorar aspectos importantes de los cuidados al final de su vida, por lo que las investigaciones futuras deberían cuantificar estos efectos y la dirección de la generalización de ideas a través de las condiciones y los ajustes en los últimos días de la vida.³

A pesar que los médicos consideran en alta proporción que solo los fines terapéuticos 79,3% es una de las aplicaciones de la vía subcutánea. De acuerdo a las recomendaciones del semFYC para Cuidados Paliativos también está indicada su aplicación con fines preventivos y diagnósticos.³²

De acuerdo a la Guía de práctica clínica de cuidados paliativos de España, en la práctica, las situaciones en las que la vía subcutánea se considera como la opción de primera elección son: náuseas y vómitos incontrolados, disfagia grave, síndrome de oclusión intestinal no candidato a tratamiento quirúrgico, sedación paliativa, agitación, convulsiones y atención en la agonía.⁶

Sin embargo, en este estudio podemos ver que existe un alto porcentaje de médicos que consideran que solamente la sedación 85,3% y la agonía 72,8% son situaciones de primera elección. Lo que puede deberse a que no existe un concepto correcto de lo que es un paciente en fase terminal que implica manejo de múltiples síntomas dentro de los que principalmente encontramos: náuseas, vómitos, disfagia, respiración estertorosa, disnea, convulsiones, dolor, etc. Estos síntomas son tan característicos en el paciente en

la fase final, que todos los profesionales sanitarios deberían saber reconocerlos, tener los conocimientos adecuados para controlarlos y estar prevenidos de las nuevas situaciones que puedan surgir. A pesar de esto en este estudio no consideran que sean situaciones de primera elección: convulsiones, oclusión, disfagia, náusea.

Existe un adecuado conocimiento en cuanto a que la agitación es una de las situaciones de primera elección en el paciente en fase terminal. Se reconoce que la mayoría de pacientes que mueren de cáncer entran en una fase de pérdida del conocimiento antes de la muerte, pero algunos pacientes (alrededor del 1% a 2%) cerca de la muerte se vuelven inquietos y agitados. La agitación es un evento terminal, que ocurre sólo en las últimas horas de la vida. No debe confundirse con la angustia y el sufrimiento de muchos pacientes que aún no están muriendo y que necesitan compañía y el asesoramiento pero no sedación.

En algunos estudios la náusea y el vómito se presentan entre 6% y 68% respectivamente de los pacientes oncológicos y los porcentajes oscilan entre 30% y 50% en pacientes con SIDA, insuficiencia cardíaca o renal causando un impacto profundamente negativo en la calidad de vida. Lo que indica que estos síntomas se deben manejar con eficacia, y conocer que son situaciones de primera elección para el uso de vía subcutánea.⁶

A pesar de no conocerse la incidencia de convulsiones en pacientes al final de la vida, y que se haya tenido poco conocimiento 85,3% en cuanto a que las convulsiones son una de las situaciones de primera elección. Sabemos que estas son frecuentes en pacientes

con neoplasias cerebrales, también pueden deberse a enfermedades no oncológicas: infecciones, SIDA, complicaciones cerebrovasculares, trastornos paraneoplásicos, trastornos metabólicos o efectos tóxicos de los fármacos.⁶

Las evidencias existentes en torno al diagnóstico y tratamiento de las crisis convulsivas en pacientes sometidos a cuidados paliativos son muy escasas, por lo que se deben extrapolar de la población general o de pacientes con tumor cerebral.

Sin embargo, el Medical College of Wisconsin considera que el uso de benzodicepinas por vía subcutánea es efectivo para el control de convulsiones. Se puede administrar clonazepam y midazolam en dosis similares a la IV. El lorazepam es preferido por su vida media larga.²⁷ En Ecuador no disponemos de lorazepam ni clonazepam parenteral.³⁴ En el caso de convulsiones en la fase de agonía, además de la opción del diazepam rectal, puede utilizarse midazolam vía subcutánea.¹

En un estudio retrospectivo sobre el uso del fenobarbital en el manejo de convulsiones al final de la vida que incluyó a 748 pacientes durante 3 años, 60 recibieron fenobarbital durante la última semana de vida. El 59% de pacientes tenía cáncer. El fenobarbital fue administrado en infusión por vía subcutánea a dosis de 600 a 2400mg/día. El fenobarbital fue adecuadamente tolerado y efectivo. Este estudio sugiere que el fenobarbital es útil en el control de convulsiones al final de la vida.²⁶

Los médicos no consideran que la obstrucción intestinal sea situación de primera elección en el paciente en fase terminal. Sin embargo, la obstrucción intestinal maligna es frecuente en los pacientes en cuidados paliativos oncológicos, sobre todo en los casos de tumores digestivos y ginecológicos. En algunos estudios se ha visto que la prevalencia de cáncer colorectal puede oscilar entre el 4,4% - 24%, el de ovario entre el 5,2% - 42% y en otros tumores en fase avanzada entre el 3% y 15%.¹ Algunos de estos pacientes por diversos factores como edad, comorbilidades, pronóstico de vida, hace que no sean candidatos a las alternativas terapéuticas, tratamiento quirúrgico, endoscópico, por lo que son susceptibles de recibir cuidados paliativos para aliviar el dolor, control de náusea y vómitos, etc.

En relación a las zonas de punción existe una alta proporción de médicos que desconocen que la zona infraclavicular 83,3% es una de las regiones más recomendadas para la administración de fármacos por vía subcutánea. En teoría en cualquier parte del cuerpo se puede aplicar la vía subcutánea. Sin embargo, la literatura hace hincapié en que las zonas más frecuentemente recomendadas son la infraclavicular, deltoidea, cara antero-lateral del muslo, y abdomen.

Aunque poco frecuentes en la práctica diaria, las situaciones que desaconsejan la utilización de la vía subcutánea para la administración de fármacos son la anasarca, los estados de shock y las coagulopatías severas.^{1,7} En el estudio se puede apreciar que estas situaciones no son consideradas como contraindicaciones en un alto porcentaje,

este desconocimiento podría deberse a la escasa prevalencia o incluso ausencia de estos signos que ha llevado a que no sean tomados en cuenta en la práctica diaria o que sean infravalorados.

En cuanto a los efectos secundarios los médicos reconocen a la infección 60,3%, y equimosis 41,2% como efectos secundarios. Es importante hacer hincapié en que el edema, y el dolor no hayan sido considerados como efectos secundarios 81,6% y 65,2% respectivamente. De acuerdo a la literatura la incidencia de complicaciones es muy baja, en torno al 2-3%, siendo lo más frecuente la irritación local (enrojecimiento, dolor, hematoma e induración), que sucede en aproximadamente un 8-13% de pacientes y que se resuelve cambiando el sitio de inyección.³ Esta baja incidencia podría explicar por qué aquí no han considerado al dolor y al edema como efectos secundarios, a pesar que pueden presentarse.

En este estudio se encontró que el conocimiento acerca del uso de antibióticos por vía subcutánea es insatisfactorio puesto que un 91,9% de médicos, consideran que no pueden ser administrados por vía subcutánea, lo que llama mucho la atención debido a que la mayoría de los pacientes en fase terminal se tratan en unidades de cuidados paliativos y/o unidades de geriatría y siendo las infecciones una causa frecuente de morbimortalidad en estos pacientes. Además, que ha esto se suma ciertos factores como la comorbilidad, la iatrogenia, la inmovilidad, el deterioro cognitivo el uso de catéteres y sondas que aumentan la susceptibilidad de los pacientes a las infecciones urinarias,

respiratorias, cutáneas. Los microorganismos etiológicos más frecuentemente implicados son *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus* y *Enterococcus*. Las infecciones producen molestias, empeoran la calidad de vida y comprometen la supervivencia de estos pacientes. El objetivo del tratamiento antibiótico en los pacientes en cuidados paliativos tiene una finalidad sintomática y secundariamente terapéutica, también puede incrementar la supervivencia y prolongar así el proceso de morir.³¹ Por lo que es un tema de debate.

A pesar que aún no se dispone de guías de práctica clínica que aborden el manejo clínico de las infecciones en los pacientes en fase terminal. Se encontró un estudio en el que se considera que el Cefepime es una alternativa en pacientes terminales, fue realizado en pacientes adultos en quienes se administró 1 gr de Cefepime en infusión continua en 30 minutos, no se evidenció efecto adverso alguno.³⁰

Como sabemos los antibióticos se pueden administrar por vía subcutánea es indispensable tener precaución con el uso de antibióticos tipo aminoglucósidos (gentamicina, netilmicina), puesto que la Sociedad Francesa de Farmacología no recomienda su uso debido al alto riesgo de producir necrosis de la piel.

Además, de acuerdo a las guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, otros fármacos además de los antibióticos que han sido utilizados por vía subcutánea son: bupivacaína, buprenorfina, calcitonina, ceftriaxona, clonazepam, escopolamina, fentanilo, furosemida, granisetron, hidromorfa, hidroxicina, ketamina,

metadona, ondansetrón, entre otros.¹ De todos estos fármacos en nuestro país no disponemos de calcitonina, clonazepam, hidromorfa, hidroxicina, ketamina, metadona, ondansetrón para administración por vía parenteral.³⁴

El 80,6% de médicos consideran que los anticonvulsivantes no se deben administrar por vía subcutánea. De acuerdo a un estudio realizado el uso de benzodiazepinas se incrementa a medida que se aproxima la muerte. Cerca de un 82% de pacientes reciben midazolam al menos una vez en fase de agonía o terminal. Se realizó un estudio en el que se incluyeron 93 pacientes con cáncer, media de edad de 73 años, 45% eran hombres. Un 58% de pacientes recibió benzodiazepinas 54 de los 93 pacientes, no se registraron efectos adversos. A pesar de su uso se considera que es necesaria investigación complementaria para entender mejor el rol exacto del uso de benzodiazepinas en cuidados paliativos, las razones para su administración, su eficacia y tolerabilidad cuando se administran aisladas y/o en combinación con otros fármacos que actúan en el sistema nervioso central.²⁸

El conocimiento que se tiene en cuanto a que los opiodes son los analgésicos más comúnmente administrados por vía subcutánea en una proporción de 54,4% es aceptable. Sin embargo, al ser el dolor uno de los síntomas más prevalentes en los pacientes oncológicos en fase terminal, es lógico que se deba tener un conocimiento adecuado de su manejo, de acuerdo a varios estudios sugieren una prevalencia de 30 a 40% de dolor en pacientes con enfermedad moderada y 80% presentan dolor en enfermedad avanzada.³⁵

En una revisión sistemática de la literatura realizada sobre la administración de medicamentos e hidratación por vía subcutánea se encontró que los medicamentos que son más comúnmente usados son la morfina en un 98%, haloperidol 90%, furosemida 69%, hidromorfina 56% en infusión continua, los mismos que se utilizan combinados con solución salina al 0,9% o glucosa al 5%.³¹

Sin embargo, de acuerdo al análisis de la disponibilidad de analgésicos opiodes realizado en Ecuador, según la OMS, al menos un 80% de los pacientes que fallecen con cáncer y enfermedades que amenazan la vida requerirá un manejo con opiodes durante la fase terminal. En Ecuador durante el año 2006 aproximadamente 11.548 según el INEC fallecieron con enfermedades que presumiblemente estuvieron relacionados con dolor durante su fase terminal, y que debieron recibir un manejo del dolor con opiodes, durante un período de seis meses. Se considera que puede existir un subregistro de las muertes planteándose dos hipótesis: neoplasias no diagnosticadas y problemas al registro de la causa primaria de muerte en los formularios de defunción.³⁵

A pesar que la Asociación Internacional de Cuidados Paliativos enfatiza que: “ningún gobierno debe aprobar el uso de morfina de liberación prolongada, fentanyl, ni oxycodona sin garantizar también la disponibilidad de morfina de liberación inmediata”, en el Ecuador no existe disponibilidad de morfina de acción inmediata oral, solo existen presentaciones de morfina de acción inmediata parenteral y tanto el fentanyl como la oxycodona se encuentran en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos.³⁴

Se determinó que la actitud global frente a la vía subcutánea de los médicos evaluados fue favorable un 92,6% y no guardaba asociación estadística con los aspectos sociodemográficos pero si con el conocimiento que se tenían sobre la misma, es decir, que los médicos que si conocen tienen una actitud positiva hacia el uso de la vía subcutánea en el paciente en fase terminal, frente a los que no. A pesar de esta actitud positiva se puede ver que actualmente solo el 17,6% (24) de médicos utilizan la vía subcutánea. Sin embargo, queda un 46,7% (21) de médicos que sí conocen del uso de vía subcutánea pero que actualmente no practican, lo que se podría a que por el momento no están en contacto con pacientes en fase terminal.

Los médicos que refieren no haber usado ni actualmente utilizar vía subcutánea indican que no manejan pacientes terminales 35,5%, desconocen sobre el uso de la vía subcutánea 12,5% y el 8,8% refiere que existen otras alternativas como la vía intravenosa.

LIMITACIONES

- La limitación más importante del estudio fue la pérdida de 31% (60) de encuestas que se explica por el número de horas de trabajo de cada miembro de planta del Hospital Vozandes Quito, lo que implica que los resultados pueden haber cambiado en sentido positivo o negativo.
- Se evidenció que durante la búsqueda artículos de Medicina Basada en la Evidencia faltan estudios. Debido a que la investigación que involucra a pacientes cerca del final de la vida crea numerosos problemas éticos. Por otra parte, la inclusión de pacientes que mueren durante la investigación puede ser incómodo para muchos proveedores. Además, debido a que el paciente en fase terminal es vulnerable, el consentimiento informado adecuado puede ser difícil de obtener, la investigación de equilibrio y funciones clínicas es particularmente difícil, y los riesgos y beneficios de la investigación paliativos son difíciles de evaluar.

CAPÍTULO V

V.I CONCLUSIONES

- Existe una alta proporción 66,9% de médicos que desconocen sobre el uso de la vía subcutánea en el paciente en fase terminal.
- Las variables socio-demográficas no están relacionadas con conocimiento de la vía subcutánea.
- Existe una diferencia significativa en la media de puntaje global del conocimiento entre quienes conocen y desconocen acerca de la vía subcutánea.
- Con relación a la actitud el 92,9% de médicos está de acuerdo con el uso de la vía subcutánea en el paciente en fase terminal.
- En la actualidad los médicos que conocen son los que practican 17,6%.
- El porcentaje de médicos que no conocen no han practicado y tampoco practican en la actualidad.

- Los médicos que no han utilizado vía subcutánea refieren que no manejan pacientes en fase terminal 35,3%, desconocen 12,5%, y un 8,8% refiere que existen otras alternativas como la vía intravenosa.

CAPÍTULO VI

VI.I RECOMENDACIONES

- Los pacientes con enfermedades en situación terminal requieren una intervención de un equipo interdisciplinario, que valore y aborde de forma íntegra los distintos aspectos de situaciones al final de la vida. Esta adquisición de conocimientos, desarrollo de actitudes, y la mejora de las prácticas en los cuidados paliativos se puede lograr mediante el uso de pequeños grupos de trabajo, ejercicios, así como sesiones teóricas y la experiencia en una unidad de cuidados paliativos o hospices.
- Las organizaciones sanitarias deberían definir las funciones que tienen que desempeñar y la capacitación con la que deben contar los diferentes niveles de prestación de servicios en la atención en Cuidados Paliativos a los pacientes y sus familias.
- Se debería garantizar la accesibilidad de los cuidados especializados cuando estos sean necesarios.
- Para lograr obtener un profesional capacitado en cuidados paliativos es necesario que adquieran conocimientos a lo largo de sus estudios de pregrado y posgrado. Por lo que todos los profesionales sanitarios cuando terminan su formación

universitaria deberían haber recibido docencia obligatoria en Cuidados Paliativos.

CAPÍTULO VII

VII.I REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Wilson Astudillo, Carmen Mendieneta, Edgar Astudillo, Cuidados de Enfermería en el final de la vida y atención a su familia, Editorial EUNSA Universidad de Navarra, 5^{ta} Edición , 2008.
2. Moncayo Gaete Jorge, Las enfermedades neurológicas en el Ecuador: Un llamado a la acción, Revista Ecuatoriana de Neurología, volumen 16, número 1, 2007.
3. Díaz, E, Heler, M. El conocimiento científico, Buenos Aires, Editorial Eudeba, 2^{da} Edición, 1985.
4. Dawmes R. Fundamentos y Técnicas de Medición de Actitudes. México, D. F. Editorial. Limusa, S.A., 4^{ta} Edición, 1983.
5. Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guías y Manuales del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1993.
6. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2006/08.
7. Eulalia López Imedio, Enfermería en Cuidados Paliativos, Madrid España, Editorial Panamericana, 1^{era} Edición, 1998.
8. World Health Organization. WHO definition of palliative care. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [Acceso marzo 2007].
9. Robert Twycross, Andrew Wilcock, Symptom Management in advanced cancer, Oxford, Radcliffe medical press, 3rd Edition, 2001.
10. Wilson Astudillo Alarcón, Primer curso de cuidados paliativos para personal sanitario (Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, San Sebastián España), 2^{da} Edición, 1996.
11. Rusell K. Portenoy, Eduardo Bruera, Topics en Palliative Care, Oxford, 3rd Edition, 1997.

12. Humberto Soriano Fernández, Lourdes Rodenas García, Dolores Moreno Escribano, Elena Palazón García. "Utilización de la Vía Subcutánea en Atención Primaria, Revista Clínica de Medicina de Familia." *Rev Clin Med Fam* v.2 n.8 Albacete oct. 2009.
13. Neil Mac Donald, Derek Doyle, Palliative Medicine a case Based Manual, Oxford University Press, 2nd Edition, 2006.
14. Hanks G, Robers C, Davoes A. Principles of drug use in palliative medicine. Oxford Textbook of Palliative Medicine, Oxford University Press, 3rd Edition, 2004.
15. Estrategia en Cuidados Paliativos, Sistema Nacional de Salud, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
16. World Health Organization. WHO definition of palliative care. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [Acceso marzo 2007].
17. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), Heath Care Guideline: Palliative Care, Bloomington (MN), Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2007.
18. Guidelines for a Palliative Approach in Residential Aged care, Canberra, The National Palliative Care Program, National Health and Medical Research Council, 2006.
19. Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer, London, National Institute for Clinical Evidence, 2004.
20. Verger E, Conill C, Pedro A, Chicote S, Salamero M, de AP, et al. Cuidados paliativos en pacientes oncológicos. Frecuencia y prioridad de síntomas. *Med Clin (Barc)*. 1992;99(15):565-7.
21. Verónica Bautista, Jorge Salinas, La vía subcutánea opción para el paciente terminal cuando se pierde la vía oral, *Clínica del dolor y Cuidados Paliativos*, México, 2009.
22. Perkins P, Dorman S. "Haloperidol for the treatment of nausea and vomiting in palliative care patients." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue.
23. Leandro C. A. Cerchietti, MD. "Midazolam as Adjunct Therapy to Morphine in the Alleviation of Severe Dyspnea Perception in Patients with Advanced Cancer U.S." Cancer Pain Relief Committee. *Elsevier Inc.* 2006.

24. Slesak G, Schnürle JW, Kinzel E, Comparison of subcutaneous and intravenous rehydration in geriatric patients: a randomized trial, *Evid Based Med* 2003.
25. Tatsuya Morita, MD, Junichi Tsunoda, MD, Satoshi Inoue, MD, Satoshi Chihara, MD, Effects of High Dose Opioids and Sedatives on Survival in Terminally Ill Cancer Patients, 2000.
26. Stirling LC, Kurowska A, Tookman A.” The use of phenobarbitone in the management of agitation and seizures at the end of life.” Department of Palliative Medicine, Royal Marsden Hospital, London, United Kingdom. Comment in: *J Pain Symptom Manage. PUBMED*. 2000 Feb;19(2):80-1.
27. Jennifer Connelly and David E Weissman, Management of seizures in the dying patient, *Medical College of Winsconsin Milwaukee, PALLIATIVE MED* 2010.
28. Henderson M, MacGregor E, Sykes N, Hotopf M, El uso de benzodiazepinas en Cuidados Paliativos, *Paliative Medicine, PUBMED*, 2006.
29. Karl A. Lorenz, Paul G. Shekelle, Evidence for Improving Palliative Care at the End of Life: A Systematic Review, *American College of Physicians*, 2008.
30. Walker P, Neuhauser MN, Tam VH, Willey JS, Palmer JL, Bruera E, Prince RA. “Administración Subcutánea de Cefepime.” Department of Palliative Care and Rehabilitation Medicine, The University of Texas M. D. Anderson Cancer Center, Houston, Texas 77030, USA. *PUBMED*.2005.
31. Fonzo-Christe C, Vukasovic C, Wasilewski-Rasca AF, Bonnabry P.”Subcutaneous administration of drugs in the elderly”. Survey of practice and systematic literature review. *University Hospitals of Geneva. PUBMED*, 2004.
32. Benítez M.A; Llamazares A; García G, et al. Recomendaciones semFYC. Cuidados Paliativos. 1ª ed. Barcelona: semFYC; 1998.
33. Soler Mieras, Aina; Santaeugenia González, Sebastià; Montané Esteva, Eva, “Antibióticos por vía subcutánea en pacientes que precisan cuidados paliativos, *Med Clin (Barc)*. 2007.
34. Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos, REPUBLICA DEL ECUADOR, Consejo Nacional de Salud, Comisión Nacional de Medicamentos e Insumos, 8 a revisión, Año 2010.
35. Granja Hernández Patricia, Análisis de la disponibilidad de analgésicos opioides en Ecuador, ISP-PUCE, 2006.

ANEXOS

CAPÍTULO VIII

ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

La presente investigación es conducida por Elisa Gabriela Pilataxi Izurieta, de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador de Quito. Tiene como finalidad describir *el conocimiento que usted tiene sobre la vía subcutánea en el paciente en fase terminal en Cuidados Paliativos*.

Su participación es voluntaria y anónima.

Se le pedirá responder 16 preguntas, el tiempo que le tomará será aproximadamente unos 20 minutos.

ENCUESTA CAP SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LA VÍA SUBCUTÁNEA EN EL PACIENTE EN FASE TERMINAL EN CUIDADOS PALIATIVOS.

MARQUE CON UNA X LA OPCIÓN QUE USTED CONSIDERE ADECUADA TOMANDO EN CUENTA QUE:

LA SITUACIÓN DE AGONÍA ES EL PERÍODO POR EL QUE PASA UN 90% DE ENFERMOS. LA MEDICACIÓN ORAL NO SIEMPRE ES POSIBLE, HASTA UN 70% DE PACIENTES REQUIERE UNA RUTA ALTERNATIVA. LA VÍA SUBCUTÁNEA SE CONSIDERA EFICAZ EN 80% DE CASOS.

I. DATOS PERSONALES:

1. EDAD: _____ (AÑOS)

2. SEXO: HOMBRE MUJER

3. A QUÉ ESPECIALIDAD PERTENECE UD.?

- 3.1 MEDICINA INTERNA (CLÍNICAS)
3.2 CIRUGÍA
3.3 EMERGENCIOLOGÍA
3.4 MEDICINA GENERAL

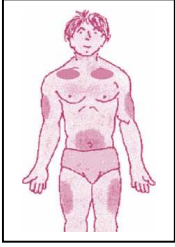
4. CUÁNTOS AÑOS DE EXPERIENCIA TIENE COMO MÉDICO?

II. CONOCIMIENTO DE LA VÍA SUBCUTÁNEA:

5. CUÁL ES LA APLICACIÓN DE LA VÍA SUBCUTÁNEA EN EL PACIENTE EN FASE TERMINAL?

- | | SI | NO |
|------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5.1 PREVENTIVOS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.2 TERAPÉUTICOS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.3 DIAGNÓSTICOS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. EN QUÉ SITUACIONES CONSIDERA QUE ES DE PRIMERA ELECCIÓN EN EL PACIENTE EN FASE TERMINAL?

	SI	NO
6.1 CONTROL DE SÍNTOMAS EN LA AGONÍA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 NÁUSEAS ,VÓMITOS INCONTROLADOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3 DISFAGIA GRAVE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4 SÍNDROME DE OCLUSIÓN INTESTINAL, NO CANDIDATO A TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 5 SEDACIÓN PALIATIVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.6 AGITACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.7 CONVULSIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. CUÁLES SON LAS ZONAS DE PUNCIÓN RECOMENDADAS PARA LA VÍA SUBCUTÁNEA?		
	SI	NO
7.1 INFRACLAVICULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2 DELTOIDEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3 ABDOMEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.4 MUSLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		
8. CUÁLES SON LAS CONTRAINDICACIONES DE LA UTILIZACIÓN DE LA VÍA SUBCUTÁNEA?		
	SI	NO
8.1 ANASARCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2 ESTADOS DE SHOCK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3 COAGULOPATÍAS SEVERAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.- LOS EFECTOS SECUNDARIOS O COMPLICACIONES DE LA VÍA SUBCUTÁNEA SON?		
	SI	NO
9.1 EDEMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2 EQUIMOSIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3 INFECCIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4 DOLOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. QUÉ TIPO DE MEDICACIÓN SE PUEDE ADMINISTRAR POR VÍA SUBCUTÁNEA EN EL PACIENTE EN FASE TERMINAL?		
	SI	NO

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.1 ANTIBIÓTICOS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.2 ANALGÉSICOS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.3 ANTICONVULSIVANTES | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.4 SEDANTES | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. *LOS NIVELES PLASMÁTICOS DE UN FÁRMACO ALCANZADOS POR VÍA SUBCUTÁNEA SON COMPARABLES A LOS OBTENIDOS POR VÍA INTRAVENOSA?*

SI NO

12. *QUÉ ANALGÉSICOS SON LOS MÁS ADMINISTRADOS POR VÍA SUBCUTÁNEA?*

SI NO

- 12.1 OPIOIDES

III. ACTITUD:

13. **ESTÁ DE ACUERDO CON EL USO DE VÍA SUBCUTÁNEA EN EL PACIENTE EN FASE TERMINAL?**

SI NO

IV. PRÁCTICAS:

14. **ACTUALMENTE USA LA VÍA SUBCUTÁNEA?**

SI NO

15. **HA UTILIZADO ALGUNA VEZ VÍA SUBCUTÁNEA?**

SI NO

16. **SI UD. ESTÁ DE ACUERDO CON EL USO DE LA VÍA SUBCUTÁNEA POR QUÉ NO PRACTICA? ESTA PREGUNTA APLICA CUANDO UD. RESPONDA SI A LA PREGUNTA 13 Y NO A LA 14 Y 15.**

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN Y TIEMPO INVERTIDO.

