



FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA SALUD
Escuela de Kinesiología

Facultad de ciencias de salud

Escuela de kinesiología

**DESCRIPCIÓN DEL STATUS FUNCIONAL DE LOS
PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS
DE CLÍNICA FAMILIA, 2013 – 2017**

SEMINARIO DE TÍTULO PARA OPTAR AL
GRADO DE LICENCIADO EN KINESIOLOGÍA

SEBASTIÁN MARTÍN MORALES MEZA
IGNACIO ALFREDO TRINCADO CABALLERO

PROFESOR GUÍA: DR MIGUEL ACEVEDO ALVAREZ DECANO DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, UCSH.

Santiago de Chile

2017

Autorización para fines académicos

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica que acredita al trabajo y a su autor.

FECHA _____

FIRMA

DIRECCION

TELEFONO – E-MAIL



**FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA SALUD**
Escuela de Kinesiología

Facultad de ciencias de salud

Escuela de kinesiología

**DESCRIPCIÓN DEL STATUS FUNCIONAL DE LOS
PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS
DE CLÍNICA FAMILIA, 2013 – 2017**

SEMINARIO DE TÍTULO PARA OPTAR AL
GRADO DE LICENCIADO EN KINESIOLOGÍA

SEBASTIÁN MARTÍN MORALES MEZA
IGNACIO ALFREDO TRINCADO CABALLERO

PROFESOR GUÍA: DR MIGUEL ACEVEDO ALVAREZ DECANO DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, UCSH.

Santiago de Chile

2017

Como equipo de investigación agradecemos enormemente a Sergio Acuña y Jorge Cifuentes, autores intelectuales de esta tesis, grandes docentes como personas. Esperando de corazón que nuestros caminos sigan cruzándose y seguir haciendo grande esta hermosa profesión.

Agradecimientos Sebastián Martín Morales Meza

Primeramente, quiero agradecer a mis padres, Víctor Manuel Morales Rodríguez y Ana Luisa Meza Gonzales esforzados y grandes personas. Gracias por siempre apoyarme en todo, sin ustedes no hubiese llegado ni a la mitad y eso que estoy recién empezando, espero de corazón poder retribuir todo su esfuerzo los amo.

Mención especial a mi hijo Joaquín Ignacio Morales, amor de mi corazón, futuro de la selección nacional de fútbol y espero que jugador de la Universidad de Chile, gracias por darme la motivación para seguir, por transar las tardes de fútbol, play, para que el papá estudie y siempre estar para quererme que nuestra vida juntos sea de puro éxito y juegos como lo sido hasta ahora.

Agradecer a mis hermanas Tamara Francisca Morales Meza y Paola Alejandra Fernández Meza, muchas gracias por su ayuda, en todo lo que he necesitado, siempre están presentes, espero estar a la altura de tan hermosas damas, las amo infinito y espero también estar cuando lo necesiten. Con todo el cariño del mundo y una promesa en caballos, dos gatos, tres perros, un chancho quiero dar las gracias a Manola Roció Chávez Vásquez, por aguantar, siempre prestar ayuda y ser mi compañera incondicional, espero que nuestros caminos sigan juntos por mucho y sigamos siendo felices juntos, te amo.

Recordar como siempre a mis abuelos Eliana y Ciro, los quiero con el corazón, sé que están muy orgullosos de mí como yo de que ustedes sean mis abuelos, mami Eliana sé que, desde el cielo, mandas los marullos que siempre hacías y acá con el tata celebraremos que ya llegamos a la primera meta.

Todo el amor del mundo a mis tíos, primos y sobrinos por siempre creer en mí y regalarme siempre buenos ratos, en especial a Alicia Morales, que siempre apoyo y prometo devolver su computador.

Otra mención a mis amigos de la Universidad Rubén, Josselin, Sandra hicieron que mis días en Santiago fueran más felices, me hicieron fácil este periodo siempre estaré agradecido de ustedes.

Reconocer a mi amigo Christopher Andrés Barrios, fuiste fundamental en esto, te convertiste en algo como un hermano y extender los agradecimientos a tu familia completa, Padres, hermanos como primos siempre fueron acogedores, fueron una verdadera familia conmigo y les estaré eternamente agradecido por eso. Para algún partido de Chile me pongo con casa y asado. De manera particular agradecer a los Docentes Jorge Cifuentes y Sergio Acuña, gracias por su apoyo en este periodo y espero que en algún momento me consideren su amigo y al compañero co-creador de esta tesis Ignacio Trincado, fue más difícil de los que esperaba, pero llegó a buen puerto.

Ya este proceso está terminado, como dice el dicho mientras más dura la batalla más dulce la victoria, espero que sea cierto y que las personas antes mencionadas sigan en mi camino.

Tabla de Contenidos.

Agradecimientos.....	ii y iii
Resumen.....	8
Abstract.....	9
Introducción.....	10
Objetivo General.....	11
Objetivo Especifico.....	11
Metodología	11
Tamaño de la Muestra.....	11
Criterio de Selección.....	12
Criterio de Inclusión	12
Criterios de Exclusión.....	12
Instrumentos de Medición.....	12
Variables a Investigar	13
Cuidados Paliativos.	14
Medicina Paliativa	14
Historia de los Cuidados Paliativos.....	15
Cuidados paliativos a nivel mundial.	16
Estimación de niños que necesitan cuidados paliativos en su proceso de final de vida.....	20
Desarrollo de los cuidados paliativos en Chile.	22
Clínica Familia, Dignificando al hombre.	23
Generalidades en Oncología.....	25
Definición de cáncer	25
Cáncer en Chile.....	25
Clasificación del cáncer.	26
Signos, Síntomas Y Deterioros Funcionales en el Cáncer.....	28
Dolor	28
Disnea	29
Síntomas gastrointestinales	29
Náuseas y vómitos.....	29
Estreñimiento	29
Anorexia.....	30
Trastornos del estado de ánimo	30
Delirio	30
Dolor Psicosocial y Espiritual	30

Caquexia.....	30
Dinapenia	31
Fatiga o Cansancio Crónico	32
Ley de garantías explícitas y el accionar del kinesiólogo dentro de las patologías.....	33
Descripción de las variables de Investigación.....	43
Resultados De Los Datos De Status Funcional De Clínica Familia.....	49
Tipos de cáncer:	49
Distribución de casos por edad.....	51
Distribución por Sexo.....	52
Nivel de educación.....	52
Servicio de Salud de Derivación	54
Comuna de Procedencia.	56
Previsión de Salud.	58
Red de apoyo.....	59
Antecedentes Quirúrgicos relacionados con Cáncer.	60
Lugar de Fallecimiento.	60
Ocupación	61
Comorbilidades.....	63
Tiempo de Estadía en Clínica Familia.	65
Escala de valoración Análoga.....	66
ECOG.....	66
Escala de Karnofsky	67
EMINA.....	68
Downton.....	69
Escala de valoración en relación a tiempo de Estadía en Clínica Familia.....	70
Discusión	73
Conclusiones.....	76
Bibliografía	77

Resumen

El aumento en la expectativa de vida, como el crecimiento de la población ha llevado a generar un cambio epidemiológico a nivel mundial. Esto favorecido por el avance de la tecnología, ha permitido un crecimiento en la prevalencia e incidencia de patologías de carácter crónico como es el cáncer.

Para cubrir las necesidades de personas con patologías incurables, como el cáncer en etapa IV, nacen los cuidados paliativos. En Chile la “Clínica Familia,” centro especializado en cuidados paliativos, durante años se han efectuado tratamientos integrales a pacientes terminales como también, acompañamiento a su familia, tanto a nivel físico, psicológico y espiritual.

En la presente investigación se realiza una recopilación de datos de fichas de pacientes ingresados en la unidad de cuidados paliativos de Clínica Familia (CF), los cuales fueron analizados por Excel, buscando como objetivo “Describir el status funcional que presentan los pacientes ingresados a la unidad de cuidados paliativos de clínica familia entre el primer trimestre de 2013 al primer trimestre de 2017 y ”, tomando como variables a analizar las escalas E.V.A., Karnofsky, E.C.O.G., Downton y EMINA.

El resultado obtenido por el análisis estadístico nos llevó a concluir que el nivel funcional de los pacientes en unidad de cuidados paliativos de la Clínica Familia se encontraba deteriorado. Lo que nos lleva a discutir sobre la relevancia de la kinesiología, su accionar y la realidad de la salud chilena.

Abstract

The increase in life expectancy and population growth has led to an epidemiological change at the global level. This favored by the advancement of technology has allowed a growth in the prevalence and incidence of chronic pathologies such as cancer.

For covering the needs of people with incurable diseases, such as stage IV cancer, palliative care was born. In Chile, the "Family Clinic", a center specialized in palliative care has been providing comprehensive treatments for terminal patients for years, as well as accompanying their families both physically, psychologically, and spiritually.

In the present investigation, a data collection of files of patients admitted to the palliative care unit of Clínica Familia (CF) was performed, which was analyzed by Excel, aiming to describe the functional status of patients admitted to the hospital. Family Clinic palliative care unit between the first quarter of 2013 and the first quarter of 2017, "taking as variables the EVA, Karnofsky, ECOG, Downton and EMINA scales.

The result obtained by the statistical analysis allowed us to conclude that the functional level of the patients in the palliative care unit of Clínica Familia was deteriorated. These results lead us to discuss the relevance of kinesiology and Chilean health reality.

Introducción

La mejoría progresiva de las condiciones sociales y económicas, además de los avances generados en el área de la medicina, han logrado aumentar la sobrevivencia de la población de poco más de 60 años a casi 80 a nivel mundial (Alberto Babarro, 2010), mientras que en Chile esta se sitúa en 77 años en hombres y 83 años para las mujeres, para el año 2015 (Cuchi, 2016). Este cambio en la expectativa de vida ha traído consigo un incremento considerable de pacientes con enfermedades crónicas – por lo tanto, incurables – como es el cáncer, accidentes vasculares, demencias, insuficiencias hepáticas, cardíacas, respiratorias o renales descompensadas en fase avanzada y enfermos de Sida (Alberto Babarro, 2010).

Son estos pacientes con enfermedades incurables, los que históricamente despertaron las raíces compasivas de la medicina, donde la preocupación central se puso en el control de síntomas y en especial, el control del “dolor total”, buscando mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por este tipo de enfermedades, teniendo siempre en cuenta el respeto a la dignidad intrínseca del hombre (Alberto Babarro, 2010). Por estos motivos nacen los cuidados paliativos, buscando dar respuesta a las necesidades de este tipo de pacientes.

La necesidad de este tipo de pacientes nos ha llevado a plantear esta investigación, desde la orientación de la Kinesiología, enfocada en los cuidados paliativos. Se realizó un perfil epidemiológico con las fichas de “Clínica Familia” buscando dar respuesta a la pregunta de investigación sobre ¿Cuál el status funcional que presentan los pacientes ingresados a la unidad de cuidados paliativos de Clínica Familia, entre el primer trimestre de 2013 al primer trimestre de 2017 y cuanta es la necesidad de la Kinesiología en la unidad de cuidados paliativos? Con datos tabulados en Excel y resultados estadísticos gracias al mismo programa, buscaremos dar respuesta a la pregunta, intentado dar una base a la inclusión de la kinesiología en esta área.

Objetivo General

Describir el status funcional que presentan los pacientes ingresados a la unidad de cuidados paliativos de Clínica Familia entre el primer trimestre de 2013 a primer trimestre de 2017 para vislumbrar la necesidad de la kinesiología en la unidad de cuidados paliativos.

Objetivo Especifico

- Describir la población de estudio mediante las variables de: Patología de base, Servicio de derivación, comuna de procedencia, sexo, edad, comorbilidades, antecedentes quirúrgicos, ECOG, Karnofsky, previsión de salud, tiempo de estadía en la clínica, lugar de fallecimiento, Downton, EMINA, EVA inicial, ocupación y red de apoyo.
- Identificar los pacientes con necesidad de atención kinésica, mediante el status funcional que presentaron en la unidad de cuidados paliativos de clínica familia entre el primer trimestre de 2013 al primer trimestre 2017.
- Discutir sobre resultados obtenidos mediante estadística descriptiva.

Metodología

La siguiente investigación comprende un estudio descriptivo, retrospectivo, epidemiológico y analítico los datos de los pacientes ingresados a la unidad de cuidados paliativos de Clínica Familia entre el periodo del primer trimestre de 2013 y primer trimestre de 2017. Es importante mencionar que este estudio es un impulso para poder seguir estudiando el área de cuidados paliativos en Chile.

Tamaño de la Muestra

Se analizaron las fichas de los pacientes ingresados en la UCP de Clínica Familia que estuvieran entre el periodo del primer trimestre de 2013 hasta el primer trimestre de 2017. El número de fichas total recolectadas fueron 620 que cumplían con el criterio de selección, con esta información se aplica los criterios de inclusión y exclusión, en donde se observa que 105 fichas no cumplen con los criterios mencionados, lo que significa que el número de fichas que cumplen con los criterios y serán analizadas son de 515. Para esta investigación no ocupamos un tamaño maestra ya que como grupo de investigación se decidió trabajar con todos los datos para generar confiabilidad.

Además, se generó un proyecto explicando el estudio y el objetivo de este, para el director encargado de la Clínica Familia con el fin de que se autorizara el uso de las fichas clínicas para este estudio.

Criterio de Selección

Población en ficha clínica que hayan sido ingresadas a Clínica Familia en la unidad de cuidados paliativos entre el primer trimestre del 2013 al primer trimestre del 2017.

Criterio de Inclusión

Población en ficha clínica, ingresada a Clínica Familia a la unidad cuidados paliativos que presente cáncer etapa IV y que este entre el primer trimestre del 2013 al primer trimestre del 2017.

Criterios de Exclusión

Población en ficha clínica, ingresada a Clínica Familia y que sea atendida por una razón distinta a cuidados paliativos, que no estén dentro del primer trimestre del 2013 al primer trimestre del 2017, su diagnóstico no sea cáncer y no presente cáncer etapa IV.

Instrumentos de Medición

Recolección manual de los datos de ficha clínica de los pacientes.

Análisis con Excel tabulación de datos y análisis estadístico de las variables.

Variables a Investigar

- Tipo de cáncer.
- Servicio de derivación.
- Comuna de procedencia.
- Nivel educacional.
- Sexo.
- Edad.
- Comorbilidades
- Antecedentes quirúrgicos relacionados Ca (Si/No)
- ECOG
- Karnofsky
- Previsión de salud.
- Tiempo de estadía en la clínica.
- Lugar de fallecimiento.
- EVA inicial.
- Ocupación.
- Red de apoyo (familiar, no familiar)
- EMINA.
- Downton.

Cuidados Paliativos.

La Organización Mundial de la Salud define los Cuidados Paliativos como “el cuidado activo y total de los pacientes portadores de enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales, es primordial. Ofrece un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte. Apoya a la familia en la enfermedad del paciente y durante el duelo” (López R, 2005).

Esta atención, relacionada más con un alivio de la sintomatología y mantención de la calidad de vida, tiene 6 elementos esenciales relacionados con la calidad de la atención necesaria para los pacientes en fases de cuidados paliativos (es decir, una expectativa de vida no mayor a 6 meses); de acuerdo con (López R, 2005) estos son:

1. Calidad de vida en su conjunto.
2. Sensación física de bienestar y capacidad de autonomía.
3. Sensación psicológica de bienestar y autocontrol.
4. Sensación de bienestar espiritual.
5. Percepción familiar de que hay atención adecuada del paciente.
6. Percepción de que la familia se encuentra enfrentando adecuadamente la situación del enfermo que está por morir.

Medicina Paliativa

La Medicina Paliativa es la atención activa y total de los pacientes y sus familias por equipos multidisciplinarios cuando la enfermedad ya no responde a tratamiento curativo y la expectativa de vida es realmente corta (López R, 2005). La “Medicina Paliativa es el estudio y manejo de pacientes con enfermedades activas, progresivas y avanzadas, en quienes el pronóstico es limitado y en que el principal interés es la calidad de vida. La meta de la Medicina Paliativa es conseguir la mejor calidad de vida de sus pacientes y sus familias, la Medicina Paliativa afirma la vida, y acepta la muerte como un

proceso natural, no acorta ni alarga la vida, proporciona alivio del dolor y de otros síntomas estresantes, integra los aspectos psicológicos y espirituales en el cuidado, ofrece un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte, y apoya a la familia durante la enfermedad del paciente y durante el duelo” (López R, 2005).

El término implica un enfoque holístico que considera no sólo las molestias físicas, sino también las preocupaciones psicológicas, sociales y espirituales (López R, 2005). Sus principales objetivos son:

- Aliviar el dolor y los otros síntomas molestos de los pacientes.
- Atender psicológica y espiritualmente a los pacientes para que puedan aceptar su propia muerte y prepararse a ella en la forma más completa posible.
- Ofrecer un sistema de apoyo que ayude a los pacientes a llevar una vida lo más activa y creativa posible hasta que sobrevenga la muerte, promoviendo de este modo su autonomía, su integridad personal y su autoestima (López R, 2005).
- Brindar un sistema de apoyo que ayude a las familias a afrontar la enfermedad del paciente y a sobrellevar el período de duelo.

El centro de la atención se lleva a la calidad de vida de los pacientes, así se busca que, aunque exista una condición médica objetiva, aun permita realizar actividades, mantener capacidades funcionales y así llevar a cabo objetivos personales que le permitan alcanzar metas.

Historia de los Cuidados Paliativos.

A lo largo de la historia han existido múltiples ritos, creencias y formas de enfrentar la angustia de la muerte, como tiempos donde la muerte ha cambiado su forma de ser aceptada, como ocurre en épocas marcadas por las guerras (Del Rio & Palma, 2007). Así, el origen de los cuidados paliativos se remontaría hace muchos años atrás, alrededor del siglo IV D.C., con la aparición de centros cristianos bajo el nombre de hospitium o xenodochium, primero en el territorio bizantino, luego en Roma y finalmente a lo largo de Europa. Estas instituciones

serían consideradas los primeros hospicios u hospitales (Del Rio & Palma, 2007).

Siglos después, durante la Edad Media, estos además de ser un lugar de refugio para peregrinos, eran lugar de acogida tanto para enfermos como moribundos. Durante el siglo XIX en Francia, se vuelve a utilizar el término hospicio, vinculado directamente al cuidado de personas moribundas; cabe destacar que durante este periodo se funda más de un hospicio, pero muchos tuvieron un fin bastante abrupto con la llegada de la Reforma (Del Rio & Palma, 2007).

La idea de los cuidados paliativos modernos parte en el siglo XX, específicamente en el año 1967, año que se fundó Saint Christopher's Hospice en Londres (Del Rio & Palma, 2007). Los resultados obtenidos en esta institución lograron demostrar que un buen control de síntomas, una adecuada comunicación y el acompañamiento emocional, social y espiritual logran mejorar significativamente la calidad de vida de los enfermos terminales y de sus familias. Este fue el primer Hospicio en el que, además de dar atención a pacientes terminales, se realizó investigación, docencia y apoyo dirigido a las familias, tanto durante la enfermedad como en el proceso de duelo (Del Rio & Palma, 2007).

Posteriormente se acuñó las palabras de "Cuidados Paliativos" para referirse a los hospicios; esto se realizó en Canadá y evitaba las confusiones, ya que en francés el término hospicio es sinónimo de hospital. En Inglaterra se determinó utilizar el término "Medicina paliativa" (Del Rio & Palma, 2007).

En 1980 la Organización Mundial de la Salud (OMS) incorpora oficialmente el concepto de Cuidados Paliativos y promueve el Programa de Cuidados Paliativos como parte del Programa de Control de Cáncer. Una década y media después la Organización Panamericana de la Salud (OPS) también lo incorpora oficialmente a sus programas asistenciales (Del Rio & Palma, 2007).

Cuidados paliativos a nivel mundial.

A nivel mundial existen más de 8 mil centros de cuidados paliativos, en aproximadamente 100 países diferentes (Del Rio & Palma, 2007); según datos de la OMS del año 2015 (Fadéla Chaib, 2015), se estima que:

- Anualmente 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos; el 78 % de ellas viven en países de ingreso bajo e ingreso mediano.
- Actualmente, a nivel mundial, tan solo un 14 % de las personas que necesitan asistencia paliativa la reciben.
- Una reglamentación excesivamente restrictiva de la morfina y otros medicamentos paliativos esenciales fiscalizados priva de acceso a medios adecuados de alivio del dolor y cuidados paliativos.
- La falta de formación y de concienciación sobre los cuidados paliativos por parte de los profesionales de la salud es un obstáculo importante a los programas de mejoramiento del acceso a esos cuidados.
- La necesidad mundial de cuidados paliativos seguirá aumentando como consecuencia de la creciente carga que representan las enfermedades no transmisibles y del proceso de envejecimiento de la población.
- Una asistencia paliativa temprana reduce las hospitalizaciones innecesarias y el uso de los servicios de salud.

En el año 2011, 29 millones de persona murieron por enfermedades incurables, las cuales requerían cuidados paliativos, y se estima que alrededor de 19 millones de adultos en proceso de final de vida, necesitan cuidados paliativos a nivel mundial, de estos, el 69 % corresponde a adulto mayor y predominantemente hombres, correspondientes a un 52% (Stephen R. Connor, 2014).

El porcentaje de muertes según enfermedad se dividen en muertes por: Enfermedades Cardiovasculares (38,5%), Cáncer (34%), patologías respiratorias crónicas (10,3%), VIH/SIDA (5,7%), Diabetes (4,5%) otras enfermedades como alzhéimer, Parkinson, Tuberculosis, Artritis reumatoide y Esclerosis Múltiple, todas con menos porcentaje (Stephen R. Connor, 2014).

En la distribución de las enfermedades con respecto a edades se aprecia que enfermedades como VIH/SIDA, se distribuye en poblaciones más jóvenes entre los 15 y 59 años, mientras que el resto del predominio de la enfermedad siempre es en poblaciones más envejecidas (Stephen R. Connor, 2014).

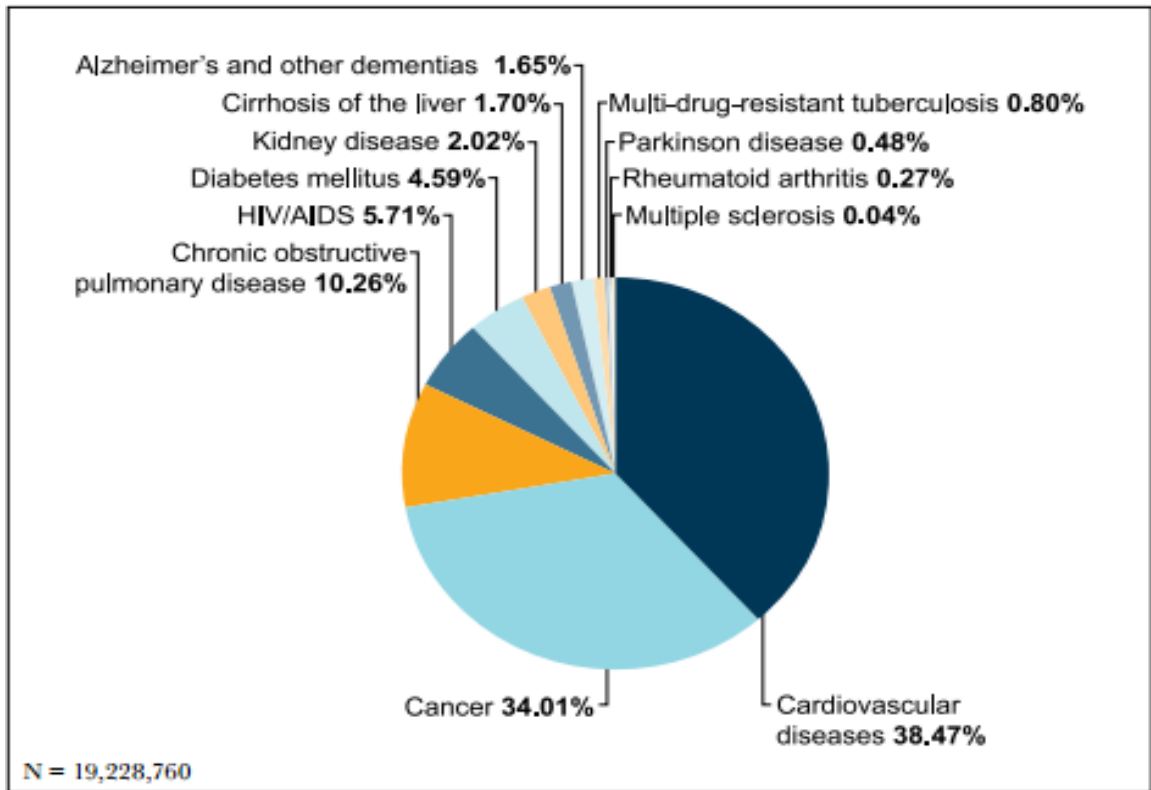


Gráfico de distribución porcentual, de enfermedades de pacientes en final de vida con necesidad de atención de Cuidados Paliativos. Imagen extraída de Stephen R. Connor, M. C. (2014). *Global Atlas of Palliative*. Londres : World Health Organization.

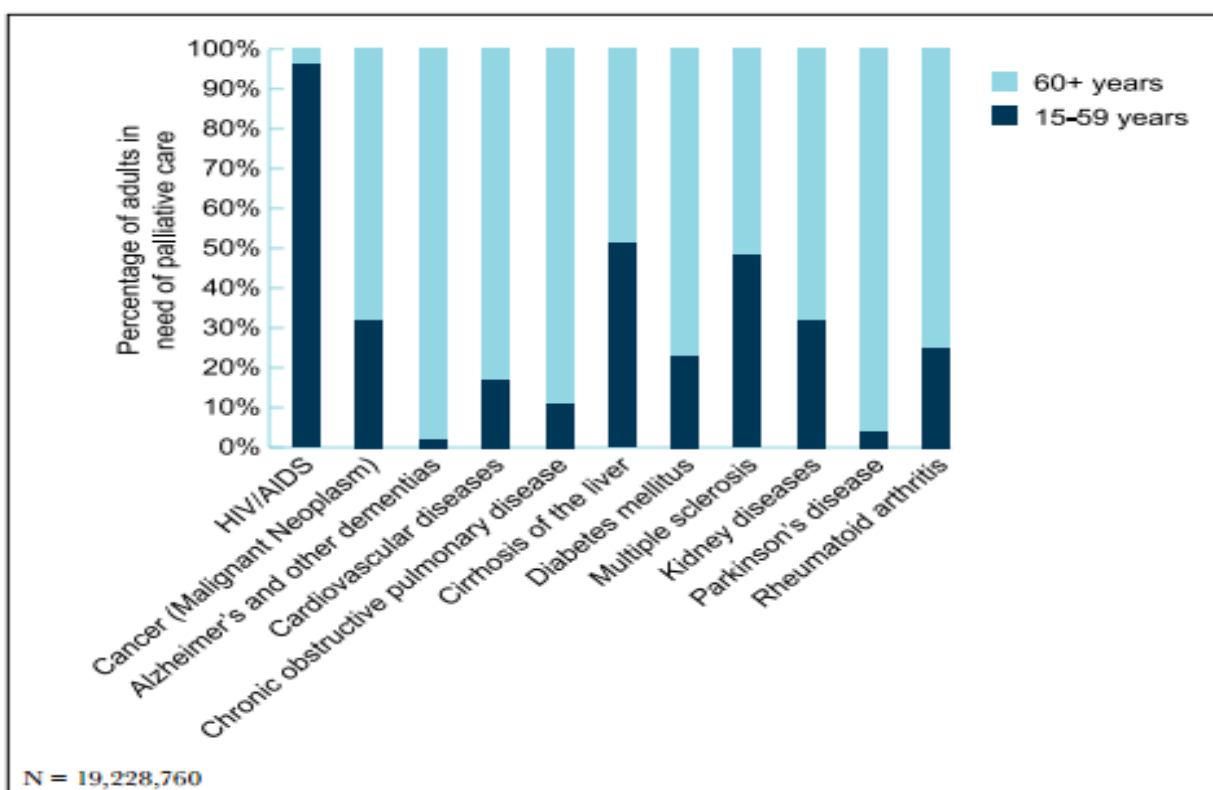


Gráfico de distribución porcentual, distribución en edad de los pacientes en rangos de 15 a 59 años y de 60 y más según enfermedad. Imagen extraída de Stephen R. Connor, M. C. (2014). *Global Atlas of Palliative*. Londres : World Health ganization.

Los pacientes con enfermedades terminales frecuentemente necesitan más atención que aquellos cuya enfermedad es curable. Así, la Medicina Paliativa ofrece un “cuidado terminal intensivo”. Requiere de habilidades profesionales de alto nivel y de un cuidado experto, individualizado para cada paciente, atento a los detalles y sensible, que consume mucho tiempo (Stephen R. Connor, 2014).

En cuanto a la distribución geográfica del universo total existente en usuarios con necesidades de cuidados paliativos según la OMS, en la Región pacífico occidental concentra el mayor número de casos con un 29%, seguidos por las regiones de Europa y Sudeste Asiático en una proporción del 22% cada una y para finalizar la distribución en la Región de las Américas, África y Oriente Mediterráneo con un 13%, 9% y 5% respectivamente (Stephen R. Connor, 2014).

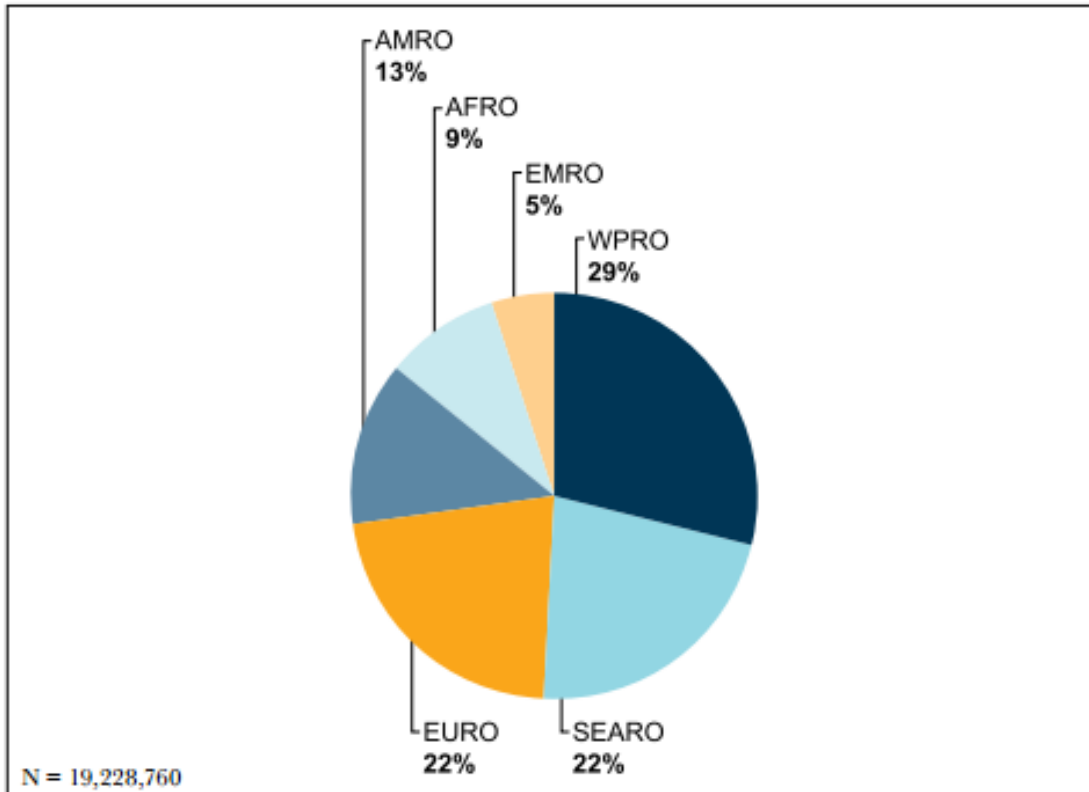


Gráfico de distribución porcentual geográfica. Imagen extraída de Stephen R. Connor, M. C. (2014). *Global Atlas of Palliative*. Londres : World Health Organization

Estimación de niños que necesitan cuidados paliativos en su proceso de final de vida.

En datos del 2014, se consideraba que existían 1.2 millones de niños con necesidades de cuidados paliativos, la cual se divide en un 48% mujeres y un 52% hombres (Stephen R. Connor, 2014).

Para muchos de estos niños con necesidades de cuidados paliativos, las principales patologías son Anomalías Congénitas (25,06 %), seguido por Condiciones Neonatales (14.68%), Malnutrición (14,12%), Meningitis (12,62%), VIH/ SIDA (10,23%) y enfermedades cardiovasculares (6, 18%); de modo que el cáncer no es de las enfermedades más importantes dentro de las patologías pediátricas en cuidados paliativos.

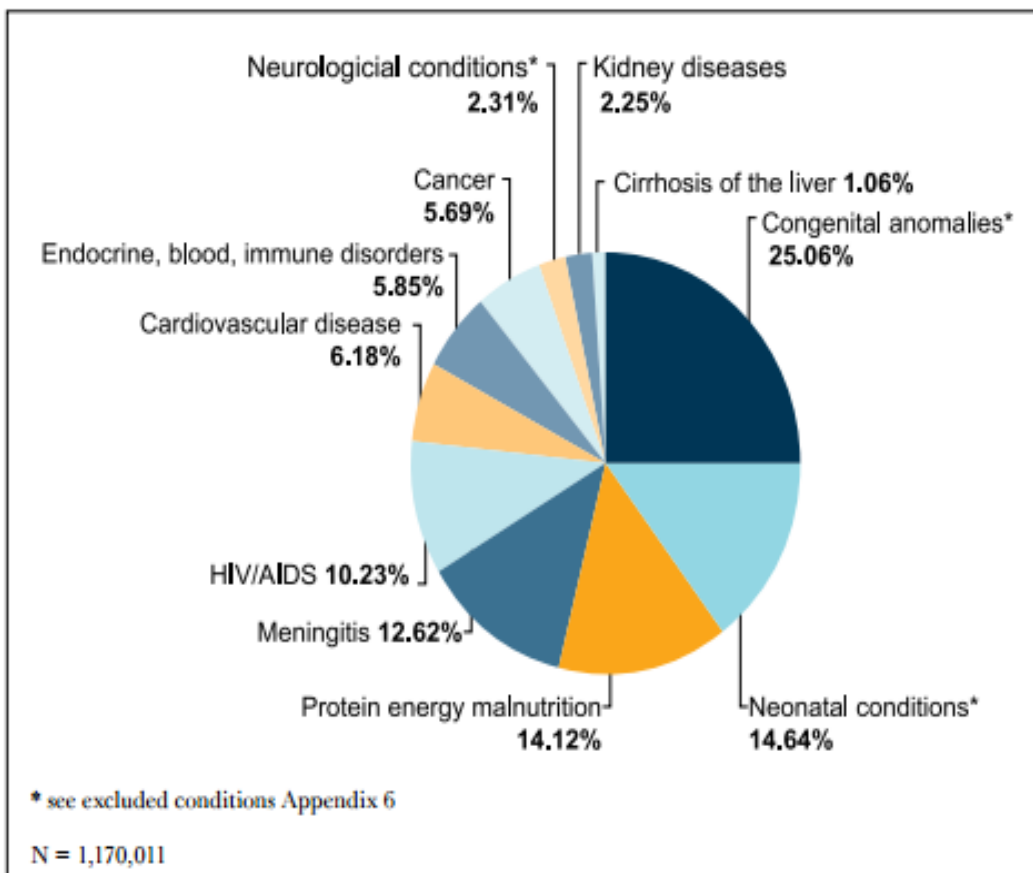


Gráfico de distribución porcentual de enfermedades en niños con necesidades de cuidados paliativos. Imagen extraída de Stephen R. Connor, M. C. (2014). *Global Atlas of Palliative*. Londres : World Health Organization.

En cuanto a la distribución geográfica de los pacientes pediátricos con enfermedades que necesiten de cuidados paliativos, estos se encuentran principalmente en África, continente que posee casi la mitad de los casos reportados en el año 2014 (Stephen R. Connor, 2014).

Desarrollo de los cuidados paliativos en Chile.

En Chile el comienzo de los cuidados paliativos fue en el año 1990, con los hospitales Guillermo Grant Benavente (Hospital Regional de Concepción), Coquimbo, Araucanía Norte, y el Instituto Nacional del Cáncer; además, se considera a las fundaciones Corporación Nacional del Cáncer (CONAC) y Fundación Arturo López Pérez (FALP), las cuales basaron su accionar en modelos extranjeros, inicialmente realizando visitas domiciliarias y tomando la familia como parte integral del tratamiento (Tania Pastrana, 2012).

Cuatro años posterior al inicio de estos, específicamente en 1994, se creó en Chile el Programa Nacional del Cáncer del Ministerio de Salud, adoptando el modelo de continuidad de los Cuidados Paliativos propuesto por la OMS. Con esto comenzó la elaboración del primer programa de Alivio del Dolor en Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos publicado en 1995. La creación de este programa dio una dimensión nacional a los cuidados paliativos (Tania Pastrana, 2012).

Posteriormente, en 1998 el gobierno aprueba el financiamiento completo de analgésicos e insumos prioritarios para beneficiarios del sector público, y al siguiente año aprueba también el financiamiento de la radioterapia (Tania Pastrana, 2012).

Otro hecho relevante ocurre el año 2003, cuando se incluye a nivel nacional el sistema de Garantías explícitas de salud (GES); luego, en el año 2005, se promulga la ley de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE) para pacientes públicos como privados, incluyendo a las prestaciones de pacientes en cuidados paliativos GES; esto asegura a las personas con cáncer terminal la atención de un personal especializado, su derivación obligatoria, además de una canasta específica, con financiamiento mensual (Tania Pastrana, 2012).

Actualmente en Chile se cuenta con aproximadamente 277 equipos de cuidados paliativos, los cuales son en su mayoría públicos. Existe un número menor de actores privados, siendo uno de ellos Clínica Familia (Tania Pastrana, 2012).

Clínica Familia, Dignificando al hombre.

Clínica Familia comenzó como un centro de atención en cuidados paliativos el año 1997, a través de Caritas Chile, específicamente con el apoyo del Padre Baldo Santi. Inicialmente las intervenciones comenzaron en pacientes con VIH/SIDA, ya que los elevados costos de tratamiento y la falta de programas oficiales no garantizaban su acceso a tratamiento. Posteriormente con el avance científico y la aparición de la triterapia, su manejo pasó a ser de una enfermedad crónica y no terminal; por esto la Clínica Familia se expandió a la atención a clase de enfermedades terminales provocadas por cáncer (Clínica Familia Fundación para la Dignidad del hombre, 2016).

Clínica Familia busca ser la Unidad Asistencial de referencia en medicina y cuidados paliativos de excelencia, reconocido por su opción y compromiso evangélico, de atención profesional interdisciplinaria para las personas pobres y enfermas al final de su vida (Clínica Familia, 2017). Además, presenta el enfoque de orientar el comportamiento humano en la fuerza del amor, dando sentido al sufrimiento a través de dos misiones: acoger, acompañar y asistir al enfermo en compañía de sus familiares y promover un estilo de vida sana, fortaleciendo el rol primordial de la familia. El modelo integrativo de Clínica Familia contempla cuatro estrategias según López (2005) estas son:

1. “El Modelo familiar de Educación y Asistencia, donde la familia sienta que tiene un lugar importante para expresar sus potencialidades, en permanente unión y comunión con el enfermo. Las familias pueden permanecer las 24 horas con el enfermo y participar en su atención, insistiendo en la importancia de su presencia en especial al realizar algún procedimiento o en la visita médica”.
2. “La motivación a integrar y enfrentar el dolor que es parte de la vida, tiene un sentido y es una forma de crecimiento y purificación para convertirse en adulto. “Una vida humana sin dolor no existe, y quien no es capaz de aceptar el dolor rechaza la única purificación que nos convierte en adultos”. El ser humano desde que nace hasta que muere experimenta dolor y sufrimiento. Al elaborarlos, en vez de ocultarlos, tenemos la oportunidad de crecer”.

3. “El enfoque de atención digna. La asistencia está dirigida de preferencia a los pacientes con menos recursos, más necesitados, abandonados y/o discriminados en la sociedad. Por lo tanto, entendemos como “digno” el mejor servicio posible. Así valoramos en primer lugar el amor, luego el profesionalismo y finalmente el factor económico e infraestructura”.

4. “La integración de los aspectos físicos, psicosociales y espirituales. Esta integración debe ser primero en el desarrollo personal, luego familiar, para después aplicarlo en lo profesional. Se relaciona con la Pastoral Sanitaria que integra la fe y la ciencia. Ingresan enfermos de distintas religiones, a los que se ayuda a desarrollar el aspecto espiritual de su creencia. A los no creyentes sólo se les sirve, sin imponer el propio credo. Sin embargo, ningún paciente en esta experiencia ha fallecido no creyente”.

Generalidades en Oncología.

Dado que nuestro interés se enfoca en estudiar pacientes oncológicos, describimos a continuación algunos elementos generales acerca de este grupo.

Definición de cáncer

“Es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de tumores malignos o neoplasias malignas. Una característica definitoria del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, un proceso que se denomina metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer” (Organización Mundial de la Salud., 2017).

Cáncer en Chile.

En Chile el cambio epidemiológico, al igual que a nivel mundial ha llevado a generar un cambio en las causas de muerte más comunes. En la década de los 60 la principal causa de muerte las afecciones respiratorias, hoy en día, este panorama ha cambiado radicalmente, ubicando primeramente a enfermedades al sistema circulatorio, seguido por el cáncer, aunque este último es, sin embargo, la primera causa de carga de enfermedad con un 13,8% de los años de vida perdidos asociados a la discapacidad (AVISA) (Laura Itriago G., 2013).

La mortalidad del cáncer aumenta con la edad, en especial sobre los 59 años. Los tipos de cáncer más comunes son estómago, pulmón, vesícula y vías biliares, colon, mama, próstata y Cervicouterino (Gobierno de Chile, 2016).

Clasificación del cáncer.

El cáncer se clasifica según su estadificación, lo cual nos da una extensión y gravedad de este, la forma más usada para esto es la clasificación TNM. La base de esta clasificación consta de 3 componentes (L.M.Sobin, 2009) estos son:

1. T – La extensión del Tumor Primario.

- TX: No puede medirse un tumor primario
- T0: No puede encontrarse un tumor primario
- T1, T2, T3, T4: Se refiere al tamaño y/o extensión del tumor principal. En cuanto más grande es el número o después de la T, mayor es el tumor o tanto más ha crecido en los tejidos cercanos. Las T pueden dividirse todavía más para proveer más detalle, como T3a y T3b.

2. N – La ausencia o presencia de metástasis linfática.

- NX: No puede medirse el cáncer en los ganglios linfáticos cercanos
- N0: No hay cáncer en los ganglios linfáticos cercanos
- N1, N2, N3: Se refiere al número y ubicación de los ganglios linfáticos que tienen cáncer. En cuanto más grande es el número después de la N, más son los ganglios linfáticos que tienen cáncer.

3. M – La ausencia o presencia de metástasis a distancia.

- MX: No puede medirse la metástasis
- M0: El cáncer no se ha diseminado a otras partes del cuerpo
- M1: El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo
- Considerando el tamaño, metástasis en ganglios u otros órganos se dividen en estadios estos son:

Considerando el tamaño, metástasis en ganglios u otros órganos se dividen en estadios estos son:

- Estadio 0 Hay células anormales presentes, pero no se han diseminado al tejido cercano. Se llama también carcinoma in situ, o CIS. El CIS no es cáncer, pero puede convertirse en cáncer.
- Estadio I, II y III Hay cáncer presente. En cuanto más grande es el número, mayor es el tumor y tanto más se ha extendido en los tejidos cercanos.
- Estadio IV El cáncer se ha diseminado a partes distantes del cuerpo

Considerando los datos anteriores nos referiremos solo al estadio IV del cáncer, el cual es el estadio más avanzado de este, en esta etapa se considera una expectativa de vida menor a los seis meses, considerándose una enfermedad terminal siendo necesario los cuidados paliativos para dar una muerte digna a la persona afectada.

A nivel mundial los casos de cáncer crecen de manera exponencial, siendo la segunda principal causa de muertes a nivel mundial, para el año 2015 se atribuyeron 8,8 millones de muertes por esta causa y se espera que para los próximos años el número siga en aumento (Organización Mundial de la Salud., 2017).

En Chile, los casos de cáncer siguen en aumento, esto se explica por el envejecimiento de la población, y se pronostica que para el año 2050 más del 30 % de esta supere los 50 años. Según estimaciones de registro de cáncer y mortalidad chilena, entre los años 2003 y 2007, se consignan 35.000 casos nuevos de cáncer, los que deberían estar en aumento en la actualidad (Gobierno de Chile, 2016).

Signos, Síntomas Y Deterioros Funcionales en el Cáncer.

El manejo de los síntomas en la unidad de cuidados paliativos es esencial e importante para mejorar la calidad de vida estos pacientes con cáncer avanzado sufren de síntomas diversos y a menudo severos, además, a medida que aumenta el número de síntomas y su gravedad, disminuye considerablemente la calidad de vida de los pacientes. Dentro de los síntomas más comunes se encuentra el dolor, caquexia, anorexia, astenia o fatiga, incontinencia urinaria, estreñimiento, disnea y trastornos del estado del ánimo (ansiedad, agitación, depresión) (Aurelie Van Lancker, 2014).

Dolor

El dolor se origina por daño o lesión en los tejidos, y en su fase aguda lleva a la protección de la especie. El dolor crónico es el resultado de un daño permanente de los nervios, el dolor es subjetivo, y aunque las pruebas de diagnóstico pueden ayudar en determinar su causa, ninguna medida objetiva o prueba puede cuantificar el dolor. La descripción subjetiva del paciente puede dar pistas de su origen y ayudar en la determinación de un tratamiento. El dolor debe evaluarse en cuanto a su aparición, ubicación, duración, carácter, gravedad, factores agravantes y aliviadores, momento y tratamientos intentados en el pasado, actividades funcionales, estado de ánimo y trastornos del sueño. Una buena historia clínica y examen físico ayudara a determinar la causa del síntoma y así mismo poder prevenirlo y tratarlo (Sheri M. Kittelson, 2015).

Dentro de los tipos de dolor (Sheri M. Kittelson, 2015) podemos encontrar:

El dolor somático que es causado por una lesión en la piel, tejido blando, articulación o hueso y se describe como dolor, apuñalamiento, palpitaciones y sensación de apriete.

El dolor visceral que puede ser causado por compresión, obstrucción, infiltración, isquemia, estiramiento o inflación de las vísceras. Esta se describe como presión, calambres y sensación de apriete.

El dolor neuropático es el resultado de una lesión en el sistema nervioso, periférico o central y suele caracterizarse como ardor, hormigueo y sensación de apuñalamiento.

Disnea

Es una sensación falta de aire que puede estar acompañada por un aumento de la frecuencia respiratoria y opresión en el pecho, causando ansiedad e incomodidad. Aunque está relacionada con la frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno e hipercapnia, su medición es subjetiva (Sheri M. Kittelson, 2015).

Síntomas gastrointestinales

Náuseas, vómitos, anorexia, caquexia, disfagia, obstrucción intestinal y estreñimiento son síntomas comunes en pacientes de cuidados paliativos (Sheri M. Kittelson, 2015).

Náuseas y vómitos

Las náuseas y vómitos son síntomas comunes y debilitantes que podrían provocar una disminución de la calidad de vida, deshidratación y pérdida de peso. Una buena historia clínica y examen físico determinara la causa de los síntomas para poder prevenirlos y tratarlos correctamente. Dentro de las causas que provocan náuseas están las causas intracerebrales en las cuales podemos encontrar tumor, aumento de la presión intracerebral, ansiedad, dolor (Sheri M. Kittelson, 2015).

Estreñimiento

El estreñimiento puede ser el resultado de medicamentos, mala alimentación y deshidratación que causan dolor, náuseas, obstrucción y hospitalización. Los medicamentos comunes que causan estreñimiento incluyen opioides, anticolinérgicos, suplementos de hierro o calcio, y bloqueadores del canal de calcio (Sheri M. Kittelson, 2015).

Anorexia

La anorexia es un problema común asociado con enfermedades terminales y crónicas. Su causa es multifactorial, incluyendo pérdida de apetito, disminución de la ingesta y metabolismo anormal, lo que resulta en pérdida de masa muscular, hipoalbuminemia y deterioro funcional. El tratamiento debe incluir una historia clínica y un examen físico para identificar las causas (Sheri M. Kittelson, 2015).

Trastornos del estado de ánimo

Los trastornos del estado de ánimo, como la ansiedad y la depresión, son comunes en la población general (8,9%) y en los pacientes con enfermedad avanzada (12,9%). La detección de trastornos del estado de ánimo se incluye en las herramientas de evaluación de síntomas de cuidados paliativos (Sheri M. Kittelson, 2015).

Delirio

Delirium es un síntoma común en pacientes terminales, y se caracteriza por una alteración del estado mental (Sheri M. Kittelson, 2015).

Dolor Psicosocial y Espiritual

El dolor experimentado con la enfermedad y la perspectiva de la muerte puede manifestarse como una lucha con la propia imagen de uno mismo, la espiritualidad o las creencias religiosas. Los pacientes pueden experimentar culpa, sentimientos de abandono, miedo, ansiedad o ambivalencia, los cuales pueden manifestarse como dolor u otros síntomas físicos calificados como sufrimiento (Sheri M. Kittelson, 2015).

El agravamiento de estos padecimientos se ve reflejado en deterioros funcionales esto sumado a la edad de los pacientes y comorbilidades asociadas, generan un desmedro de las funcionalidades de los usuarios en cuidados paliativos.

Caquexia

Se puede definir como un síndrome caracterizado por una rápida pérdida de peso, anorexia y astenia. En este síndrome existe una disminución de la ingesta alimenticia, alteración en el aporte nutricional a causa de que el cáncer tiende a acaparar recursos metabólicos, compitiendo con el cuerpo del usuario en la obtención de estos y un estado hipermetabólico que como resultado genera acelerada y progresiva pérdida de peso. Los usuarios con Cáncer tienden presentar caquexia entre el 20 a 50 % y este número aumenta a 65 a 80% en fase final, esto además genera múltiples deterioros como son una rápido cambios en la parte física; alteraciones metabólicas (anemia, edemas, déficit vitaminas, alteración hidroelectrolíticas) y déficit inmunológico, alterando de manera considerable su calidad de vida. Por todo lo anterior, esta es causante de la muerte de forma directa o indirecta de al menos un tercio de los pacientes con cáncer (Luna, Campos, & Cunil, 2006).

Dinapenia

Se caracteriza por una pérdida disminución de la fuerza y potencia muscular, esto según (Brian C. Clark, 2012) genera como consecuencia:

Menor rendimiento físico.

Aumento de la probabilidad de discapacidad.

Aumento del riesgo de muerte.

En esta alteración se teoriza sobre factores influyen para su aparición, estos aportan a generar la disminución en la fuerza muscular, esta puede ser tanto músculo esquelética como neurológicos, por ejemplo: La disminución de la fuerza notoriamente más rápida que la sarcopenia, como también el aumento de la masa muscular, no mejora la capacidad de generar fuerza, esto indica que aunque existe relación directa entre la pérdida de masa muscular y la dinapenia, esta no es la causa principal. La atrofia muscular también tiene una característica asociada a la dinapenia, pero esta al igual que lo anterior no tiene una importancia mayor considerando, siendo su mayor limitación no una pérdida de masa muscular si no que más bien, un deterioro en la composición neuro-muscular, como componentes intrínsecos del músculo (Brian C. Clark, 2012).

Por la parte neurológica, estos pacientes presentan una disminución en la capacidad de activación muscular, puede ser provocado por una disminución

del impulso excitatorio, como también una disminución en la excitabilidad de las alfa motoneuronas. Otro factor preponderante en la dinapenia, es la parte nutricional una disminución de los micronutrientes, también puede llevar a una disminución en tanto fuerza como potencia muscular. Todos estos factores generan la dinapenia y disminuyen la calidad de vida del usuario (Brian C. Clark, 2012).

Fatiga o Cansancio Crónico

Causa secundaria común en tratamiento contra el cáncer (Radioterapia, Quimioterapia, o modificadores de respuestas biológica), tiende a mejorar posterior a la suspensión de la terapia, aunque este puede perdurar en parte durante años, otra causa puede ser distintos tipos de cáncer que generen anemia, cambios endocrinos, obstrucción respiratoria y usuarios que tienen poco apego al tratamiento lleva a que generen fatiga en estos usuarios. Este tipo de fatiga oncológico, a diferencia del cansancio normal, no se revierte con el descanso y se mantiene por largos periodos.

Excluyendo la anemia, se desconoce la real causa de la fatiga provocada por el cáncer, existen teorías que buscan explicar la causa, una de ellas es que un aumento de la actividad inflamatoria inmunitaria es probable que un aumento de citocinas contribuya a los síntomas de cansancio presentes.

Otra posible causa es una alteración en el eje hipotálamo - hipófisis suprarrenal, donde existe una menor actividad del cortisol, pudiendo causar el cuadro de fatiga. Como último existe la teoría que las citocinas aumentadas, generan alteración en las serotoninas a causa de una exposición prolongada a citocinas inflamatorias (Barsevick, Kamath, & Nail, 2017).

Ley de garantías explícitas y el accionar del kinesiólogo dentro de las patologías.

La ley N° 19.996 establece un régimen de Garantías Explícitas de Salud, promulgada el año 2004, con lo que se garantizaba derecho a: Acceso, Calidad, Protección financiera y Oportunidad (Super Intendencia de Salud , 2017).

Primeramente, era solo para 25 patologías iniciales, las que en el año 2010 aumentaron a 69 patologías; en la actualidad el número de patologías se encuentra en 80 (Vicente Valdivieso, 2010). Dentro de las patologías que podrían ser consideradas en los cuidados paliativos son: 12 tipos de Cáncer, 1 de VIH y finalmente 1 guía específica de cuidados paliativos en pacientes con cáncer (Super Intendencia de Salud , 2017).

Dentro de estas patologías, la inclusión del kinesiólogo es menor, aun sabiendo la importancia del tratamiento kinesiológico tanto para la mantención de la funcionalidad de los pacientes, como respecto de su percepción de calidad de vida al mantener la esta funcionalidad. Pese a esto no existen especificaciones que garanticen la participación kinesiológica en la rehabilitación de este tipo de pacientes.

A continuación, encontrara un desglose de las guías clínicas, las cuales se puede evidenciar la poca integración del kinesiólogo. En este desglose, se divide en las veces que es nombrado el kinesiólogo dentro de las guías clínicas, situación o tarea asignada en la guía y prestaciones en cada una de esas patologías, sin más preámbulo estas son:

Guía Clínica GES	Veces que nombra al kinesiólogo en guía clínica	Situación en la que es nombrado dentro de la Guía	Prestaciones específicas del kinesiólogo (Anexo GES) (Ministerio de Salud, 2016).
Cáncer Cérvico Uterino / 2015 (Ministerio de salud, 2015).	Kinesiólogo no es nombrado	No es nombrado dentro de ninguna prestación específica en la Guía.	Tratamiento Quirúrgico Cáncer Cervicouterino Invasor/ Atención kinesiológica integral ambulatoria / Código 0102006.
Cáncer de Mama / 2015 (Ministerio de Salud, 2015).	Kinesiólogo no es nombrado.	No es nombrado dentro de ninguna prestación específica en la Guía.	Atención integral para personas con cáncer de mama/ Atención kinesiológica integral ambulatoria / Código 0102006. Intervención Quirúrgica Cáncer de Mama sin Reconstrucción mamaria Inmediata/ Atención kinesiológica integral ambulatoria / Código 0102006. Intervención Quirúrgica Cáncer de Mama con Reconstrucción Inmediata con Implante/ Atención kinesiológica integral ambulatoria / Código 0102006. Intervención Quirúrgica Cáncer de Mama con Reconstrucción Inmediata con Expansor (1º tiempo quirúrgico)/

Guía Clínica GES	Veces que nombra al kinesiólogo en guía clínica	Situación en la que es nombrado dentro de la Guía	Prestaciones específicas del kinesiólogo (Anexo GES) (Ministerio de Salud, 2016).
			<p>Atención kinesiológica integral ambulatoria / Código 0102006.</p> <p>Reconstrucción Mamaria con Colgajo/ Atención kinesiológica integral ambulatoria / Código 0102006</p>
<p>Linfoma y tumores sólidos en menores de 15 años / 2015 (Ministerio de Salud, Guía Clínica GES Linfoma y Tumores sólidos en menores de 15 años, 2015).</p>	<p>Kinesiólogo es nombrado dos veces.</p>	<p>Personal al cual está dirigida la guía. Nombra junto al personal Multidisciplinario. No es nombrado dentro de ninguna prestación específica en la Guía.</p>	<p>Tratamiento Tumores Sólidos en Menores de 15 años/ Atención kinesiológica integral ambulatoria / Código 0102006.</p>

Guía Clínica GES	Veces que nombra al kinesiólogo en guía clínica	Situación en la que es nombrado dentro de la Guía	Prestaciones específicas del kinesiólogo (Anexo GES) (Ministerio de Salud, 2016).
Leucemia en menores de 15 años / 2014 (Ministerio de Salud, 2014).	Kinesiólogo es nombrado una vez.	Personal al cual está dirigida la guía. Nombra junto al personal Multidisciplinario. No es nombrado dentro de ninguna prestación específica en la Guía.	Sin intervención Kinesiológica.
Cáncer de testículo en personas de 15 años y más / 2010 (Ministerio de Salud, 2010).	Kinesiólogo no es nombrado	No es nombrado dentro de ninguna prestación específica en la Guía.	Intervención Quirúrgica de Testículo: Vaciamiento ganglionar/Atención kinesiológica integral ambulatoria / Código 0102006. Intervención Quirúrgica de Testículo: Mediastino - Retroperitoneal/Atención kinesiológica integral ambulatoria / Código 0102006. Intervención Quirúrgica de Testículo: Vaciamiento ganglionar (LALA) post quimioterapia/Atención kinesiológica integral

Guía Clínica GES	Veces que nombra al kinesiólogo en guía clínica	Situación en la que es nombrado dentro de la Guía	Prestaciones específicas del kinesiólogo (Anexo GES) (Ministerio de Salud, 2016).
			ambulatoria / Código 0102006.
Linfomas en personas de 15 años o más / 2013 (Ministerio de Salud, 2013).	Kinesiólogo es nombrado una vez.	Nombra junto al personal multidisciplinario No es nombrado dentro de ninguna prestación específica en la Guía.	Controles y Exámenes asociados a Quimioterapia Linfoma/Atención kinesiológica integral ambulatoria / Código 0102006.
Cáncer Gástrico/ 2014 (Ministerio de Salud, 2014).	Kinesiólogo no es nombrado	No es nombrado dentro de ninguna prestación específica en la Guía.	Intervención Quirúrgica Gastrectomía Subtotal Cáncer Gástrico Incipiente por Laparoscopia/Atención kinesiológica integral ambulatoria / Código 0102006. Intervención Quirúrgica Gastrectomía Total Cáncer Gástrico Incipiente por Laparoscopia/ Ejercicios respiratorios y procedimientos de kinesiterapia torácica (ventilación pulmonar localizada, estimulación de la tos, bloqueos torácicos, vibraciones,

Guía Clínica GES	Veces que nombra al kinesiólogo en guía clínica	Situación en la que es nombrado dentro de la Guía	Prestaciones específicas del kinesiólogo (Anexo GES) (Ministerio de Salud, 2016).
			<p>percusiones y tapoteos) / Código 0601017.</p> <p>Intervención Quirúrgica Gastrectomía Total Cáncer Gástrico Incipiente por Laparoscopia/ Ejercicios respiratorios y procedimientos de kinesiterapia torácica (ventilación pulmonar localizada, estimulación de la tos, bloqueos torácicos, vibraciones, percusiones y tapoteos) / Código 0601017.</p> <p>Intervención Quirúrgica Gastrectomía Subtotal Cáncer Gástrico Incipiente Laparotomía/ Ejercicios respiratorios y procedimientos de kinesiterapia torácica (ventilación pulmonar localizada, estimulación de la tos, bloqueos torácicos, vibraciones, percusiones y tapoteos) / Código 0601017.</p>

Guía Clínica GES	Veces que nombra al kinesiólogo en guía clínica	Situación en la que es nombrado dentro de la Guía	Prestaciones específicas del kinesiólogo (Anexo GES) (Ministerio de Salud, 2016).
Cáncer de próstata/ 2015 (Ministerio de Salud, 2015).	Kinesiólogo no es nombrado	No es nombrado dentro de ninguna prestación específica en la Guía.	Intervención quirúrgica Tumores Malignos de Próstata/Atención kinesiológica integral ambulatoria / Código 0102006. Intervención quirúrgica Tumores Malignos de Próstata// Ejercicios respiratorios y procedimientos de kinesiterapia torácica (ventilación pulmonar localizada, estimulación de la tos, bloqueos torácicos, vibraciones, percusiones y tapoteos) / Código 0601017.
Leucemia en personas de 15 años y más / 2013 (Ministerio de Salud, 2013).	Kinesiólogo es nombrado dos veces.	Personal al cual está dirigida la guía. Nombra junto al personal multidisciplinario. No es nombrado dentro de ninguna prestación específica en la Guía.	Sin prestaciones Kinesiológicas.

Guía Clínica GES	Veces que nombra al kinesiólogo en guía clínica	Situación en la que es nombrado dentro de la Guía	Prestaciones específicas del kinesiólogo (Anexo GES) (Ministerio de Salud, 2016).
Cáncer Colorrectal en personas de 15 años y más / 2013 (Ministerio de Salud, 2013).	Kinesiólogo es nombrado una vez.	Personal al cual está dirigida la guía. No es nombrado dentro de ninguna prestación específica en la Guía.	Sin prestaciones Kinesiológicas.
Cáncer de ovario epitelial / 2013 (Ministerio de Salud, 2013).	Kinesiólogo es nombrado una vez.	Personal al cual está dirigida la guía. No es nombrado dentro de ninguna prestación específica en la Guía.	Sin prestaciones Kinesiológicas.
Cáncer vesical en personas de 15 años y más / 2013 (Ministerio de Salud, 2013).	Kinesiólogo no es nombrado.	No es nombrado dentro de ninguna prestación específica en la Guía.	Sin prestaciones Kinesiológicas.

Guía Clínica GES	Veces que nombra al kinesiólogo en guía clínica	Situación en la que es nombrado dentro de la Guía	Prestaciones específicas del kinesiólogo (Anexo GES) (Ministerio de Salud, 2016).
Osteosarcoma en personas de 15 años y más / 2013 (Ministerio de Salud, 2013).	Kinesiólogo nombrado 25 veces durante la guía.	Personal al cual está dirigida la guía. Incluido en rehabilitación. Manejo kinésico post cirugía de reconstrucción alrededor de la rodilla, protocolo de rehabilitación.	Exámenes e imágenes asociado al tratamiento con quimioterapia con intención curativa/ Atención kinesiológica integral ambulatoria / Código 0102006. Seguimiento Osteosarcoma/ Atención kinesiológica integral ambulatoria / Código 0102006.
Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA/2013 (Ministerio de Salud, 2013).	Kinesiólogo no es nombrado.	No es nombrado dentro de ninguna prestación específica en la Guía.	Sin prestaciones kinesiológicas.
Alivio del dolor por Cáncer avanzado y Cuidados paliativos / 2011 (Ministerio de Salud, 2011).	Kinesiólogo nombrado una vez.	Personal al cual está dirigida la guía. No es nombrado dentro de ninguna prestación específica en la Guía.	Tratamiento Integral y Cuidados Paliativos por Cáncer Avanzado/ Atención kinesiológica integral ambulatoria / Código 0102006.

Guía Clínica GES	Veces que nombra al kinesiólogo en guía clínica	Situación en la que es nombrado dentro de la Guía	Prestaciones específicas del kinesiólogo (Anexo GES) (Ministerio de Salud, 2016).
Tumores Primarios de Sistema Nervioso Central en personas de 15 años o más/ 2012 (Ministerio de Salud, 2012).	Kinesiólogo nombrado una vez.	Personal al cual está dirigida la guía. No es nombrado dentro de ninguna prestación específica en la Guía.	<p>Tratamiento medicamentoso indefinido y seguimiento Prolactinomas/ Atención kinesiológica integral ambulatoria / Código 0102006.</p> <p>Tratamiento medicamentoso y seguimiento Acromegalia/ Atención kinesiológica integral ambulatoria / Código 0102006.</p>

Descripción de las variables de Investigación

Tipo de Cáncer: Cáncer se define como la Multiplicación anormal y descontrolada de una célula mutada, que tiene la capacidad de invadir más allá del tejido de origen (Organización Mundial de la Salud., 2017). Dentro de los datos fueron ordenados según el tejido de origen, dentro de ellos se encuentran el cáncer de próstata, cáncer de pulmón, cáncer de mamas, etc.

Edad: Tiempo que ha vivido el usuario considerando desde su fecha de nacimiento, hasta la última fecha consignada en ficha.

Sexo: Variante física que diferencia a las personas entre Hombres/Mujeres o Masculino/Femenino.

Servicio de derivación: Servicio de salud, que puede ser tanto público como privado, desde el cual el paciente fue enviado a Clínica Familia, para recibir atención especializada en cuidados paliativos.

Nivel de Educación: Se considera los años de educación formal que el usuario haya cursado según el registro en ficha, este puede ser analfabetismo, educación básica, educación media, técnico y universitaria dependiendo del usuario.

Ocupación: Tarea que desempeñaba, anterior a la derivación a la Unidad de Cuidados paliativos de Clínica Familia.

Previsión de Salud: Refiere al seguro de salud al cual la persona está inscrito, este puede ser tanto Público (Fonasa), como Privado (Isapre).

Comorbilidades: La OMS las define como “las afecciones que vienen a agregarse a una enfermedad primaria relacionada con la discapacidad, pero no se relacionan con ella” (Organización Mundial de la Salud., 2016). Dentro de estas se encuentran la Hipertensión arterial, Diabetes, EPOC, Osteoporosis, Asma, etc.

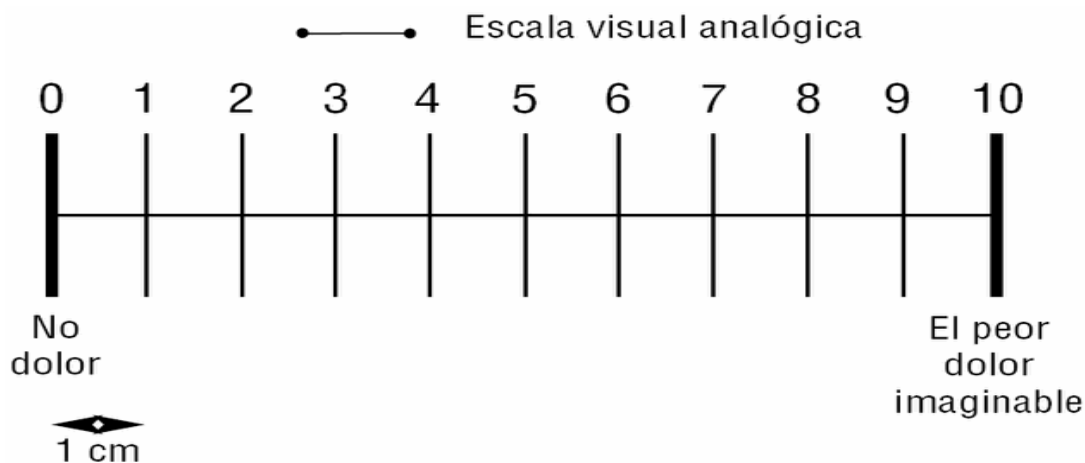
Antecedentes Quirúrgicos relacionados con el Cáncer: Cirugías con directa relación al cáncer que padece el usuario.

Red de apoyo Familiar: Refiere a la compañía al enfermo, si son sus Familiares directos u otra persona. Los no familiares corresponden a personas no consanguíneas, las que pueden ser amigos, o personas cercanas.

Tiempo de estadía en Clínica Familia: Refiere al tiempo desde que el usuario ingresa a Clínica Familia, derivado por cuidados paliativos de otro centro de salud, hasta su egreso en su mayoría en estado de fallecido, el tiempo es expresado en días.

Lugar de fallecimiento: Se refiere al lugar físico donde se constata ausencia de signos vitales.

Escala Visual Análoga (E.V.A.): Escala Cuantitativa que se ocupa para evaluar el dolor. Esta consiste de una línea de 10 cm donde los extremos expresan, “nada de dolor” y “máximo dolor”, dependiendo el número que indique refleja el nivel de dolor del usuario. Este se divide de 1-3 dolor leve-moderado, de 4 a 6 dolor moderado- grave y de 6 o más dolor muy intenso (Pardo, Muñoz, & SEMICYUC, 2006).



Escala visual analógica (E.V.A), extraída de (Pardo, Muñoz, & SEMICYUC, 2006), graduación del dolor de 1 a 3 leve-moderado, de 4 a 6 moderado- severo y de 6 a más dolor muy intenso.

Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG): Escala de medida de la repercusión funcional del cáncer sobre el paciente, esta escala esta numerada de 0 a 5, en donde 0 no presenta alteración y 5 defunción. ECOG requiere menos preguntas para categorizar el estado funcional del paciente, pero es menos específica que Karnofsky (Naval, Pascual, & Llombart., 2006).

Grado	ECOG
1	Actividad normal sin restricción ni ayuda
2	Actividad restringida. Deambula.
3	Incapacidad para cualquier actividad laboral. Menos del 50% del tiempo encamado
4	Incapacidad total. No puede cuidar de sí mismo. El 100% del tiempo encamado.
5	Difunto.

Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), imagen extraída de (Naval, Pascual, & Llombart., 2006).

Índice Karnofsky: Escala de Funcionalidad usada en CP en su mayoría para pacientes oncológicos, esta permite predecir tanto evolución de la enfermedad, supervivencia de dichos pacientes, indicador de calidad de vida en pacientes con ACV y algunos tipos de cáncer (C. Puiggròs, 2009). Esta escala consta de una escala numérica que va de saltando de cada 10 unidades, esta va desde el 100 (Vida normal) hasta el 0 (Muerte) (C. Puiggròs, 2009). Esta escala permite estratificar en 3 niveles según (Naval, Pascual, & Llombart., 2006) estas son:

- Vida normal, no necesita cuidados especiales (100-80).
- Incapacidad laboral pero capacidad de autocuidado (70-50).
- Incapacidad para el autocuidado, precisa atención institucionalizado o similar (40-0).

Puntuación	Situación Clínico-Funcional
100	Normal, sin quejas ni evidencia de enfermedad.
90	Capaz de llevar a cabo actividad normal, pero con signos o síntomas leves.
80	Actividad normal con esfuerzo, algunos signos y síntomas de enfermedad.
70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a cabo actividad normal o trabajo activo.
60	Requiere atención ocasional, pero es capaz de satisfacer la mayoría de sus necesidades.
50	Necesita ayuda importante y asistencia médica frecuente.
40	Incapaz, necesita ayuda y asistencia especiales.
30	Totalmente incapaz, necesita hospitalización y tratamiento de soporte activo.
20	Muy gravemente enfermo, necesita tratamiento activo.
10	Moribundo irreversible.
0	Muerto.

Escala de karnofsky, extraída de (Naval, Pascual, & Llombart., 2006), muestra todas las situaciones clínico-funcionales para cada nivel.

Escala EMINA: Escala de valoración de riesgo de generar una úlcera por presión, esta escala tiene 5 parámetros, con valores de 0 a 3 considerando la gravedad de la alteración. Con un puntaje máximo de 15 puntos, se encuentran 4 niveles de riesgo, Sin riesgo 0 puntos; riesgo bajo 1-3 puntos; riesgo medio 4-7 puntos; riesgo alto de 8 o más puntos (Gallego, 2000).

	Estado Mental	Movilidad	Humedad R/A incontinencia	Nutrición	Actividad
0	Orientado	Completa	No	Completa	Deambula
1	Desorientado o apático o atípico.	Ligeramente limitada.	Urinaria o fecal ocasional.	Ocasional mente incompleta	Deambula con ayuda
2	Letárgico o hipercinetico.	Limitación importante	Urinaria o fecal habitual	Incompleta	Siempre precisa ayuda
3	Comatoso.	Inmóvil.	Urinaria y fecal	No ingesta	No deambula.

Escala EMINA, puntaje de valoración de cada uno de los parámetros dependiendo gravedad, Imagen extraída de (Gallego, 2000).

Escala de Downton: Escala que valora el riesgo de caída potencial de una paciente, esta se agrupa en 5 parámetros, antecedentes de caídas anteriores, ingesta de medicamentos, déficit sensorial, estado mental y deambulaci3n, teniendo un puntaje mayor a dos puntos indica un alto riesgo de caídas (María Jesús Bueno-García, 2017).

Escala de riesgo de caídas,(J.H.Downton 1993) Riesgo de caídas > 2 puntos		
Caídas previas	No	0
	Si	1
Ingesta de medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes/ Sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos.	1
Déficit sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulaci3n	Normal	0
	Seguro con ayuda	1
	Insegura con ayuda	1
	Imposible	1

Escala Downton modificada, marcando más de dos puntos, presenta mayor riesgo de caídas, imagen extraída de (Carmen Lobo-Rodríguez, 2016).

Resultados De Los Datos De Status Funcional De Clínica Familia

Se realizó un análisis estadístico de los usuarios registrados en ficha, de esto fueron consignados 515 casos de los cuales sus datos serán expuestos a continuación:

Tipos de cáncer:

Tipos De Cáncer(Ca)	N° de Casos	%
Ca Cerebral	37	7%
Ca Cervicouterino	15	3%
Ca De Colon	21	4%
Ca De Endometrio	6	1%
Ca De Lengua	5	1%
Ca De Mama	44	9%
Ca De Maxilar	3	1%
Ca De Páncreas	33	6%
Ca De Parótida	4	1%
Ca De Piel	3	1%
Ca De Tiroides	4	1%
Ca De Vejiga	10	2%
Ca Esofágico	10	2%
Ca Gástrico	29	6%
Ca Hepático	12	2%
Ca Laríngeo	7	1%
Ca Ovárico	8	2%
Ca Primario Desconocido	19	4%
Ca Próstata	49	10%
Ca Pulmonar	80	16%
Ca Rectal	21	4%
Ca Renal	18	3%
Ca Vesicular	15	3%
Linfoma No Hodgkin	10	2%
Mieloma Múltiple	12	2%
Otros Cáncer	40	8%

Tabla 1: Muestra distribución entre la cantidad de Usuarios registrados en ficha y tipo de Cáncer de paciente UCP de Clínica Familia.

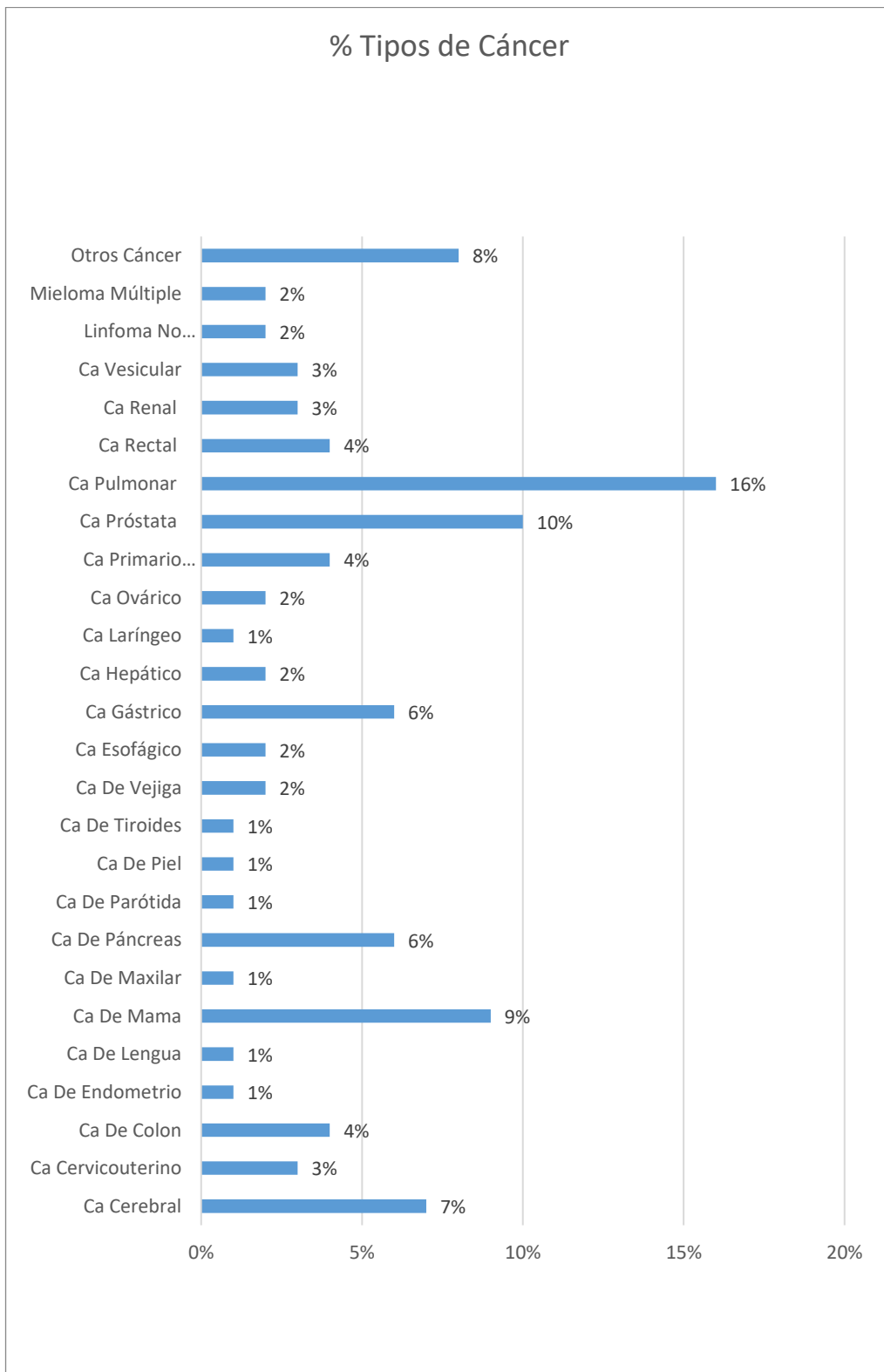


Grafico 1. El grafico nos muestra la distribución de prevalencia de cada Cáncer de la UCP de Clínica Familia, en donde se observa que en el eje Y se encuentran los tipos de cáncer y en el eje X los porcentajes de cada uno. Se aprecia que el mayor porcentaje de casos lo vemos en el Ca Pulmonar, seguido por CA Próstata, CA mama, y Ca cerebral.

Distribución de casos por edad.

Edad	N° De Casos	%
21-30	2	0%
31-40	10	2%
41-50	32	6%
51-60	77	15%
61-70	132	26%
71-80	148	29%
81 y más	114	22%

Tabla 2. Tabla de distribución decenal en los grupos etarios, de los casos de cáncer encontrados en Clínica Familia, con sus respectivos porcentajes.

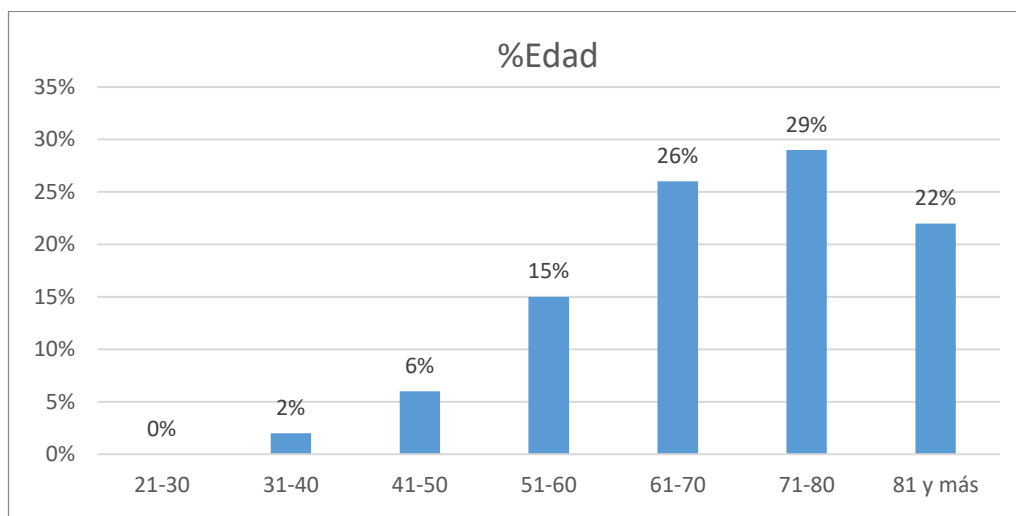


Gráfico 2. El gráfico muestra la distribución de los grupos etarios de los casos de cáncer encontrados en Clínica Familia, en donde encontramos que en el eje Y aparecen los porcentajes de cada uno, mientras que en el eje X se encuentran las edades de los pacientes. Se aprecia que el mayor porcentaje de concentración se encuentra sobre los 50 años.

Distribución por Sexo

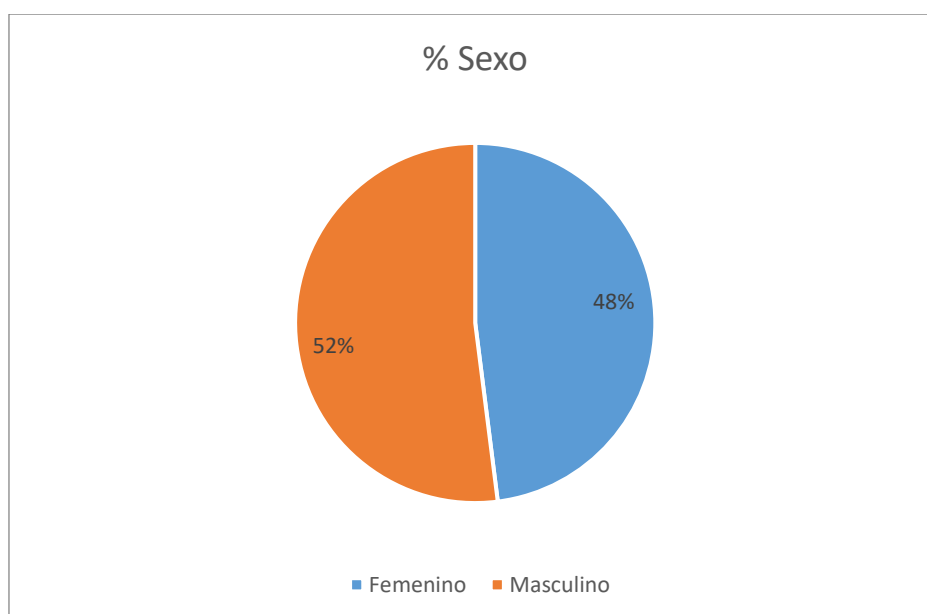


Gráfico 3. Se observa que según sexo el grupo masculino tiene una mayor prevalencia con un 52% lo que representa 270 casos, versus el femenino que es un 48% representando a 245 casos.

Nivel de educación

Nivel De Educación	N° de Casos	%
Analfabeto	16	3%
Básica Incompleta	131	25%
Básica Completa	111	22%
Media Incompleta	50	10%
Media Completa	92	18%
Técnico Profesional	5	1%
Técnico Superior	29	6%
Universitaria Completa	29	6%
Universitaria Incompleta	6	1%
Sin Registro	46	9%

Tabla 3. Se muestra los niveles de educación que presentaban los pacientes, con el número de casos y el porcentaje de cada uno.

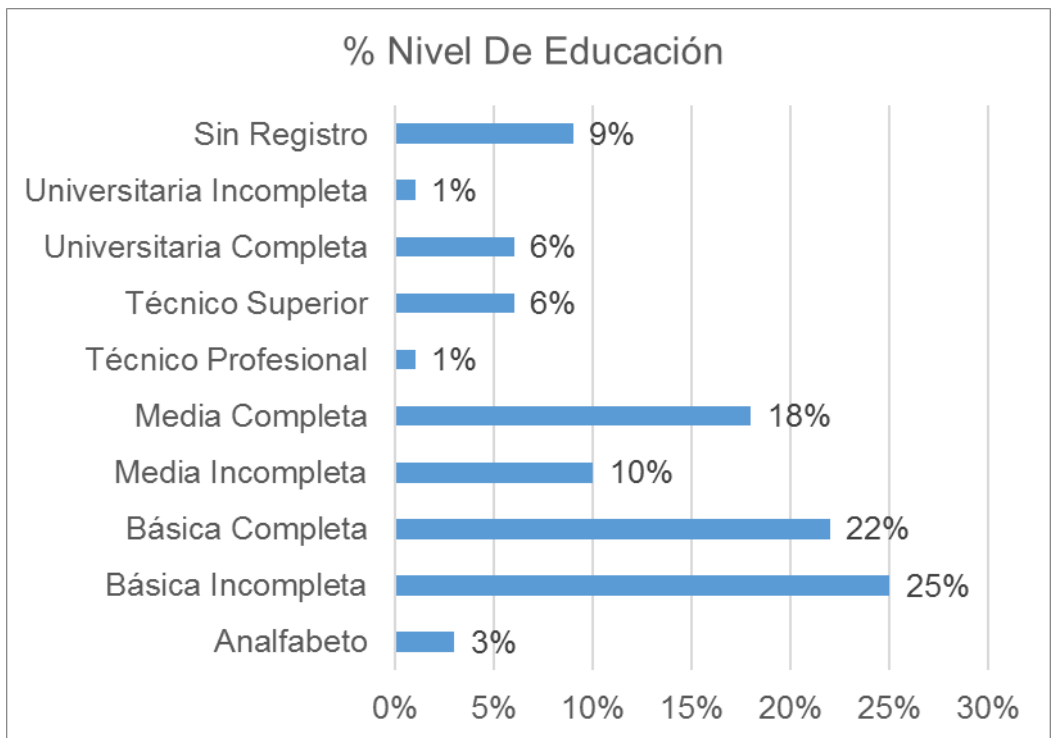


Grafico 4. El grafico nos muestra el porcentaje de los distintos niveles de educación de los pacientes de Clínica Familia, en donde encontramos que en el eje Y están los niveles de educación y en el eje X los porcentajes. Podemos observar que la básica incompleta y la básica completa tienen un mayor porcentaje sobre las demás con un 25% y 22% respectivamente, mientras que la media completa tiene un 18% seguida por la media incompleta con un 10%.

Servicio de Salud de Derivación

Servicio De Derivación De Salud	N° de casos	%
Hospital Barros Luco	48	9%
Hospital Clínico UC	11	2%
Hospital Del Carmen	6	1%
Hospital Del Pino	7	1%
Hospital Del Tórax	15	3%
Hospital La Florida	6	1%
Hospital Lucio Córdoba	4	1%
Hospital Luis Tisne	5	1%
Hospital Padre Hurtado	22	4%
Hospital Salvador	30	6%
Hospital San Borja	66	13%
Hospital San José	6	1%
Hospital San Juan De Dios	21	4%
Hospital Sotero Del Rio	238	46%
Inca	3	1%
Otros	27	5%

Tabla 4: Se muestran los distintos servicios de derivación, tanto el número de casos como el porcentaje de derivación.

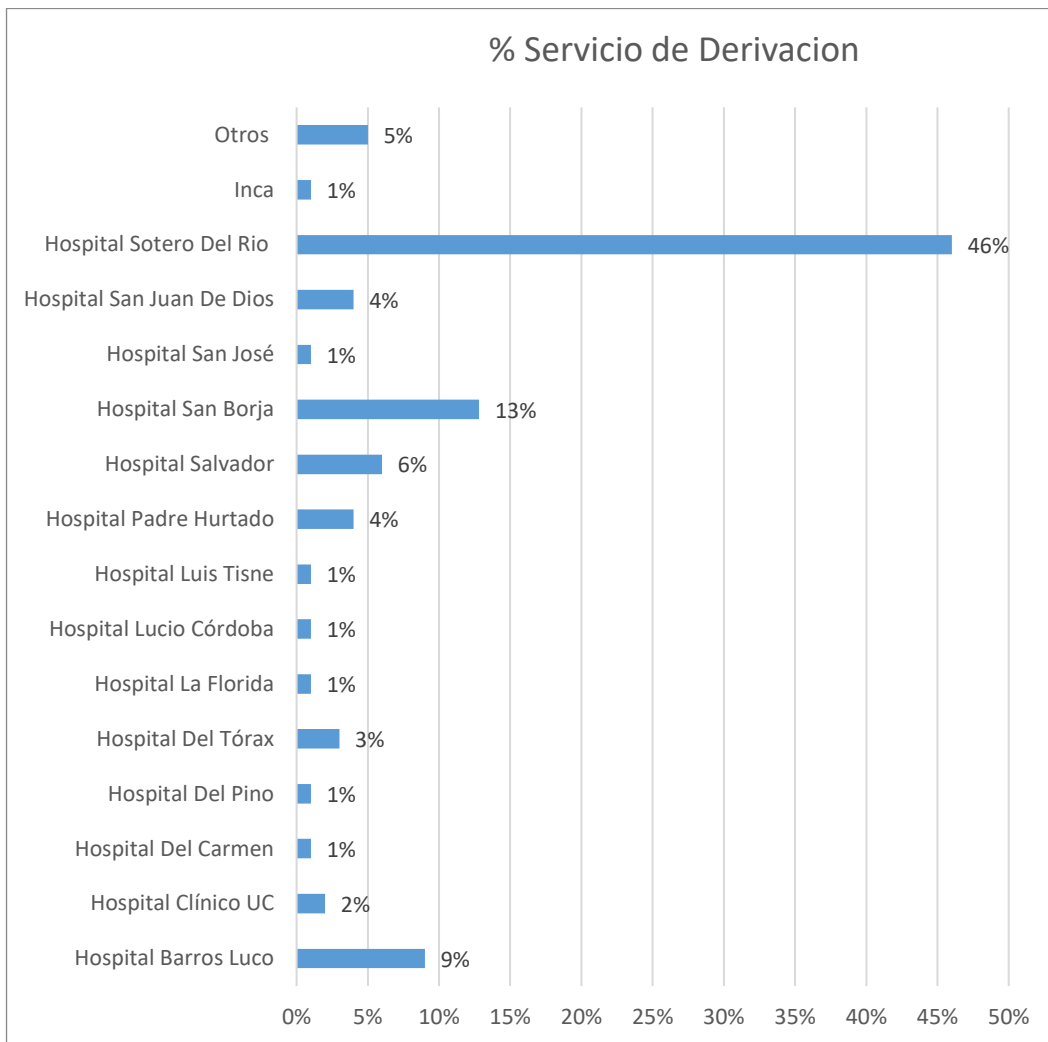


Grafico 5. El grafico muestra el porcentaje de los distintos servicios de derivación, en donde se observa que en el eje Y aparecen los servicios de derivación y en el eje X aparecen los porcentajes de cada uno. Se aprecia que los con mayor porcentaje de derivación fueron el Hospital Sotero del rio con un 46%, Hospital San Borja con un 13%, hospital Barros Luco con un 9 % y finalmente el Hospital Salvador con 6 %.

Comuna de Procedencia.

Comuna De Procedencia	N° de Casos	%
Cerrillos	7	1%
Cerro Navia	7	1%
El Bosque	8	2%
Estación Central	9	2%
La Cisterna	10	2%
La Florida	112	22%
La Granja	13	3%
La Pintana	15	3%
La Reina	5	1%
Las Condes	9	2%
Lo Espejo	5	1%
Lo Prado	3	1%
Macul	16	3%
Maipú	27	5%
Ñuñoa	22	4%
Otros	16	3%
Pedro Aguirre Cerda	8	2%
Peñalolén	15	3%
Pirqué	3	1%
Providencia	10	2%
Pudahuel	8	2%
Puente Alto	107	21%
Quinta Normal	3	1%
Recoleta	3	1%
San Bernardo	8	2%
San Joaquín	10	2%
San Miguel	9	2%
San Ramón	10	2%
Santiago Centro	30	6%
Sin Registro	4	1%
Vitacura	3	1%

Tabla 5. La tabla muestra las distintas comunas de procedencia de los pacientes y el respectivo porcentaje.

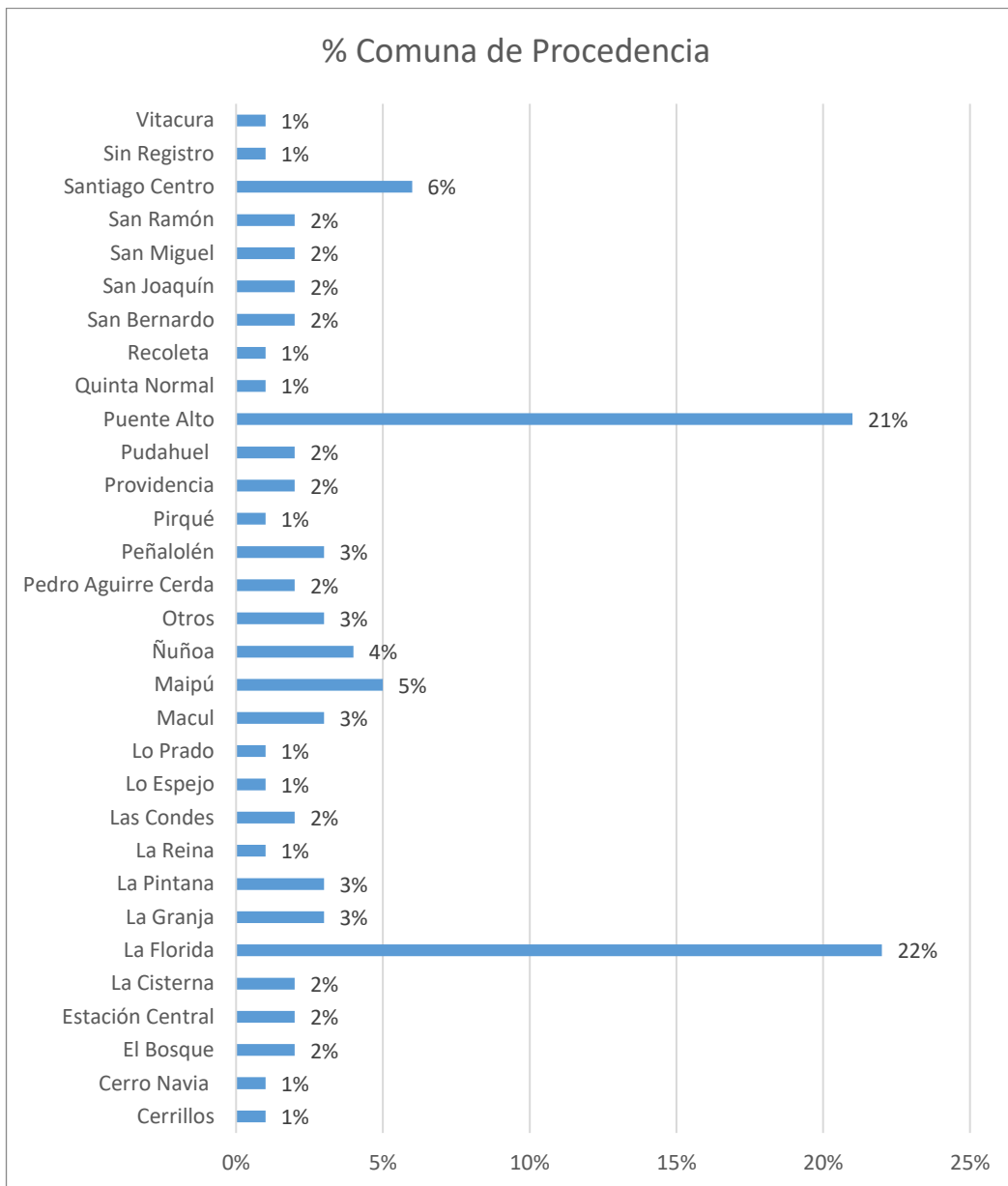


Grafico 6. El grafico muestra las distintas comunas de procedencia de los pacientes, en donde encontramos que en el eje Y están las comunas y en el eje X los porcentajes de cada uno. Se observa que las comunas con mayor porcentaje de procedencia fue La Florida con un 22% y Puente Alto con un 21%.

Previsión de Salud.

Previsión De Salud	N° de casos	%
FF.AA	1	0%
Fonasa	498	97%
Isapre	12	2%
Sin Previsión	2	0%
Sin Registro	2	0%

Tabla 6. La tabla presenta los datos de la previsión de salud con sus números de casos y el porcentaje.

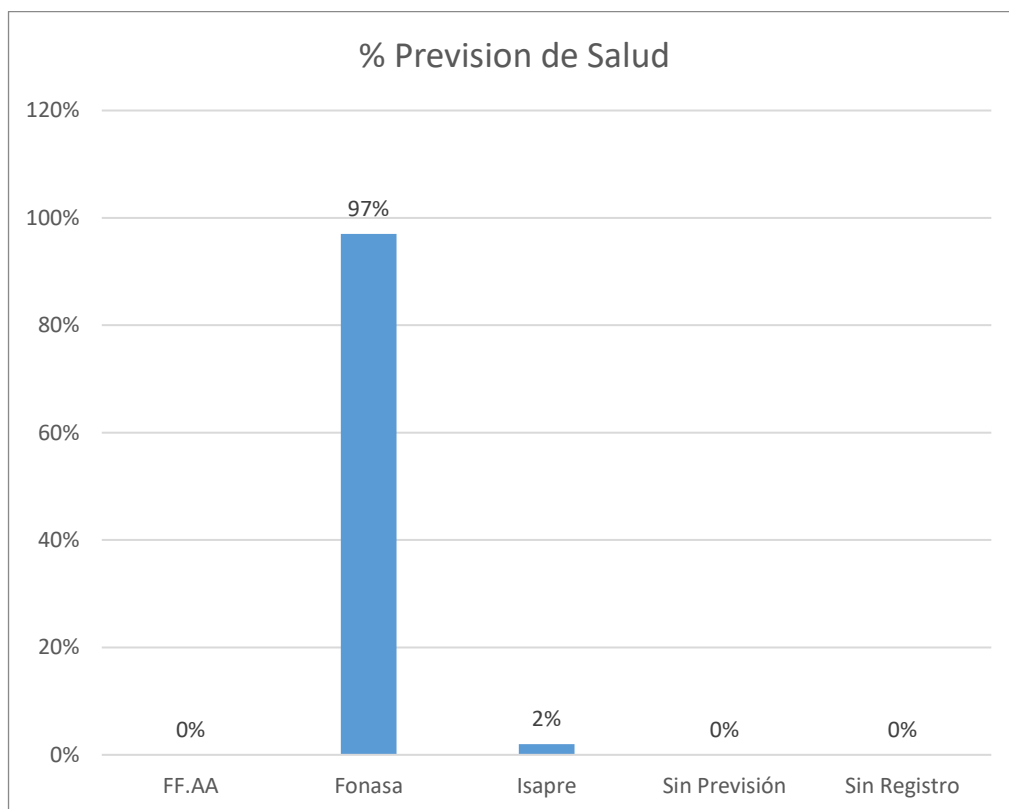


Gráfico 7. El gráfico muestra el porcentaje de cada previsión de salud, en donde encontramos que en el eje Y aparecen los porcentajes de cada uno y en el eje X las previsiones, podemos observar que los con mayor porcentaje son Fonasa con un 97%, Isapre con un 2%.

Red de apoyo

Red De Apoyo	N° de casos	%
Familiar	450	87%
No Familiar	65	13%

Tabla 7. La tabla contiene los datos de la red de apoyo de los pacientes de Clínica Familia, con el número de casos y el porcentaje.

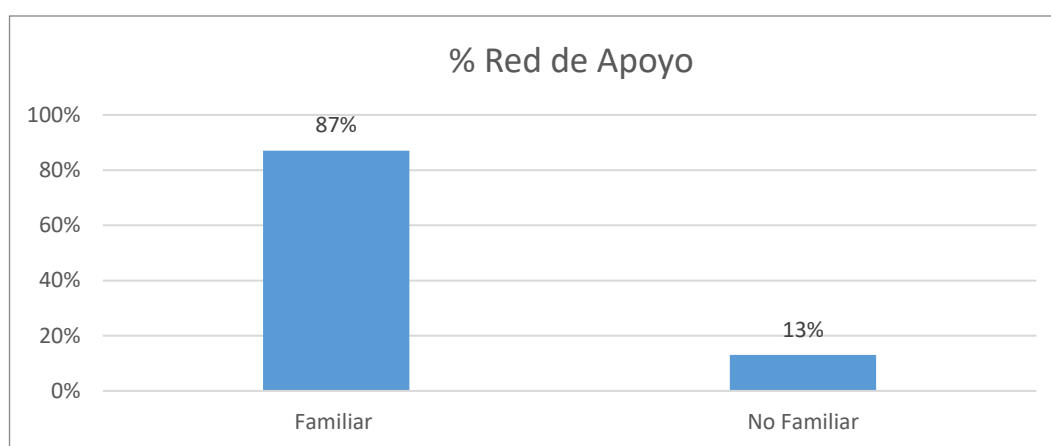


Gráfico 8. El gráfico muestra la distribución del porcentaje de la red de apoyo en donde encontramos que en el eje Y aparecen los porcentajes y en el eje X el tipo de red de apoyo. Se observa que la red de apoyo "Familiar" es la que tiene un mayor porcentaje con un 87%, en cuanto al dato "No Familiar" representa un 13% del total de pacientes.

Antecedentes Quirúrgicos relacionados con Cáncer.

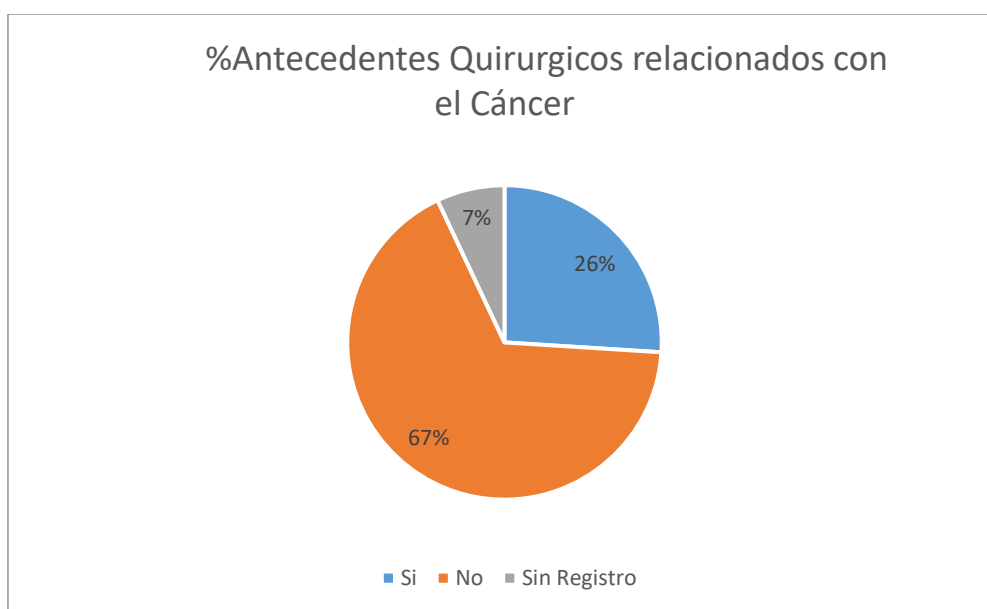


Gráfico 9. Se muestra el porcentaje de pacientes que presentaban antecedentes quirúrgicos que estuviera relacionados con Cáncer en donde se aprecia que 344 de los usuarios no tenían ningún antecedente (67%), mientras que 136 usuarios si tenían antecedentes (26%). El otro restante porcentaje que representa 35 usuarios que se encontraban sin registro (7%).

Lugar de Fallecimiento.

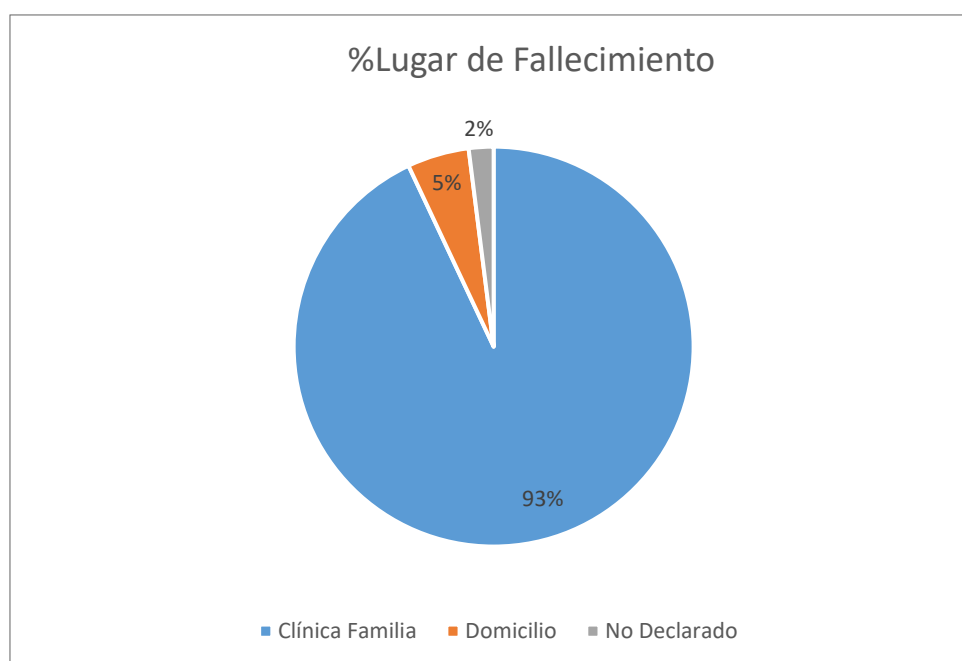


Gráfico 10. Se refleja que 477 de los casos fallece en Clínica Familia (93%), 27 caso muere en el domicilio (5%) y finalizando con 11 casos los cuales el dato no está declarado (2%).

Ocupación

Ocupación	N° de Casos	%
Administración De Empresa	10	2%
Agricultor	5	1%
Auxiliar De Aseo	9	2%
Carpintero	6	1%
Chofer	21	4%
Comerciante	40	8%
Conserje	3	1%
Construcción	30	6%
Contador	5	1%
Contador Auditor	3	1%
Cuidador De Ancianos	4	1%
Dueña De Casa	133	26%
Empresario	3	1%
Gasfiter	4	1%
Guardia De Seguridad	10	2%
Jardinería	11	2%
Maestro De Cocina	3	1%
Mantenición	3	1%
Mecánico	7	1%
Modista	11	2%
Mueblista	7	1%
Otros	78	15%
Panadero	4	1%
Peluquería	6	1%
Pintor	4	1%
Profesor	19	4%
Secretaria	3	1%
Sin Registro	47	9%
Taxista	6	1%
Técnico Eléctrico	7	1%
TENS	5	1%
Textil	5	1%
Zapatero	3	1%

Tabla 8. La tabla muestra los datos de la ocupación de los pacientes de Clínica Familia, con su número de casos y el porcentaje.

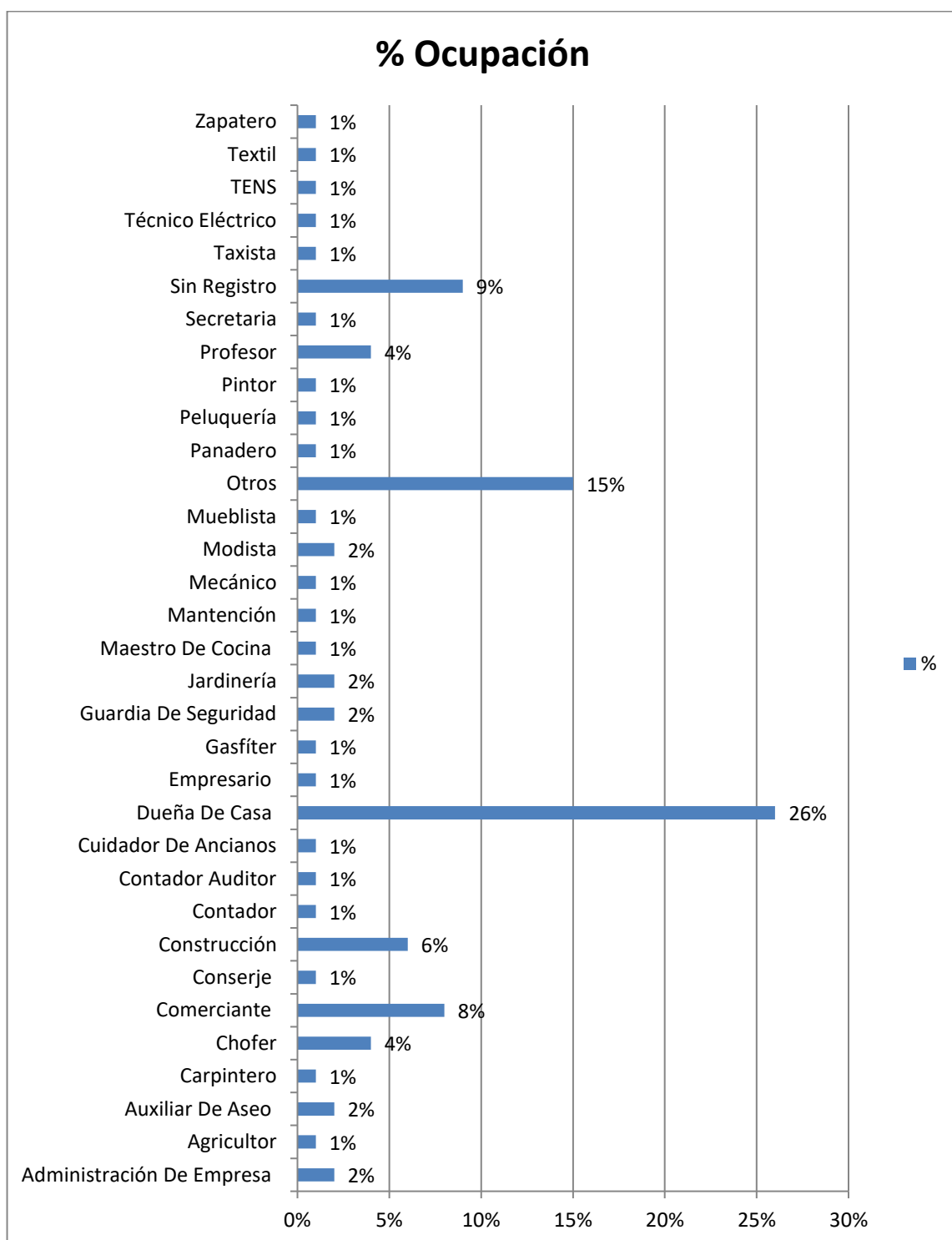


Grafico 11. El grafico muestra el porcentaje de las distintas ocupaciones de los pacientes, en donde podemos encontrar que en el eje Y están las ocupaciones y en el eje X los porcentajes. Podemos observar que la categoría dueña de casa tiene un 26% del total, mientras que la ocupación de construcción y comerciante tienen 6% y 8% respectivamente, además solo un 9% no tiene registro de este dato.

Comorbilidades.

Comorbilidades	N° de Casos	%
ACV	4	1%
Artritis	1	0%
Artrosis	1	0%
Asma	2	0%
Asma, HTA, DM II	1	0%
Cardiopatía, EPOC	1	0%
Derrame Pleural	1	0%
DHC	1	0%
DHC, Hipotiroidismo	1	0%
DM II	30	6%
DM II, Cardiopatía	2	0%
DM II, HTA	78	15%
DM II, HTA, Hipotiroidismo	1	0%
DM II, HTA, ACV	1	0%
DM II, HTA, EPOC	3	1%
DM II, HTA, ICC	4	1%
DM II, ICC	2	0%
Epilepsia	2	0%
EPOC	6	1%
EPOC, ACV	1	0%
Fibrosis Pulmonar	1	0%
HTA	132	26%
HTA, Artrosis	2	0%
HTA, Cardiopatía	4	1%
HTA, DHC	1	0%
HTA, Epilepsia	1	0%
HTA, EPOC	7	1%
HTA, ICC	1	0%
HTA, VIH	1	0%
ICC	1	0%
IRC	1	0%
Miastenia Gravis, Cardiopatía	1	0%
No	106	21%
Osteoporosis	1	0%
Sin Registro	108	21%
VIH	4	1%

Tabla 9. La tabla muestra los datos de las comorbilidades de los pacientes de Clínica Familia, con el número de casos y el porcentaje correspondiente.

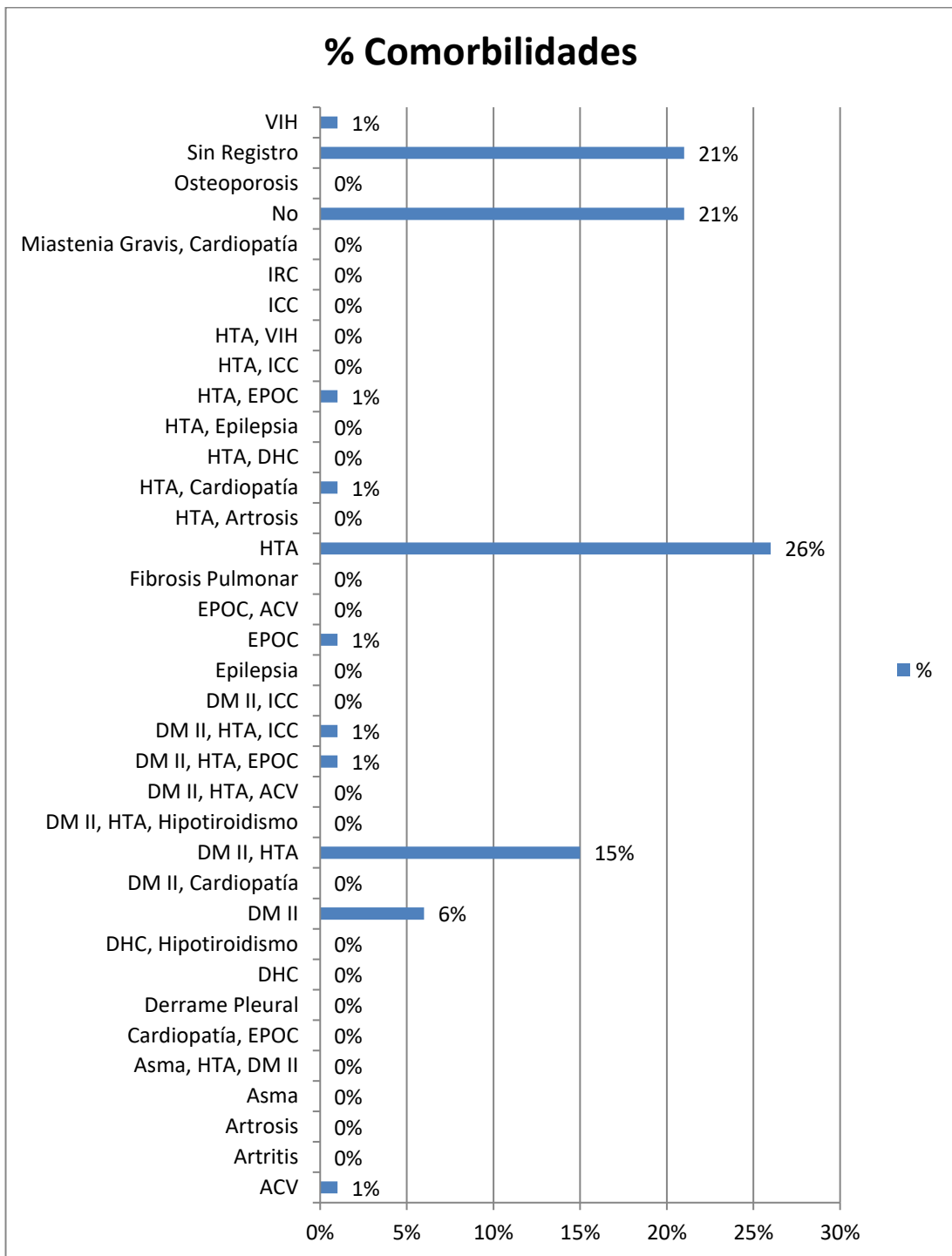


Grafico 12. El grafico muestra las comorbilidades que presentaron los pacientes con sus respectivos porcentajes, en donde encontramos que en el eje Y se encuentran las comorbilidades y en el eje X los porcentajes de cada uno. Se observa que la HTA tiene la mayor prevalencia con un 26%, mientras que la DM II asociada con HTA presenta un 15% y la DM II 6%. Es importante destacar que los que no presentaban comorbilidades y estaban sin registro registraron un 21% cada uno.

Tiempo de Estadía en Clínica Familia.

Tiempo De Estadía En Clínica (Solo Fallecidos En CF)	N ° de Casos	%
<30 Días	309	65%
Entre 30 Y 59 Días	66	14%
Entre 60 Y 364 Días	90	19%
Entre 365 Y 1095 Días	12	3%

Tabla 10. La tabla presenta los datos del tiempo de estadio en clínica, tomando como referencia los días, el número de casos y su porcentaje.

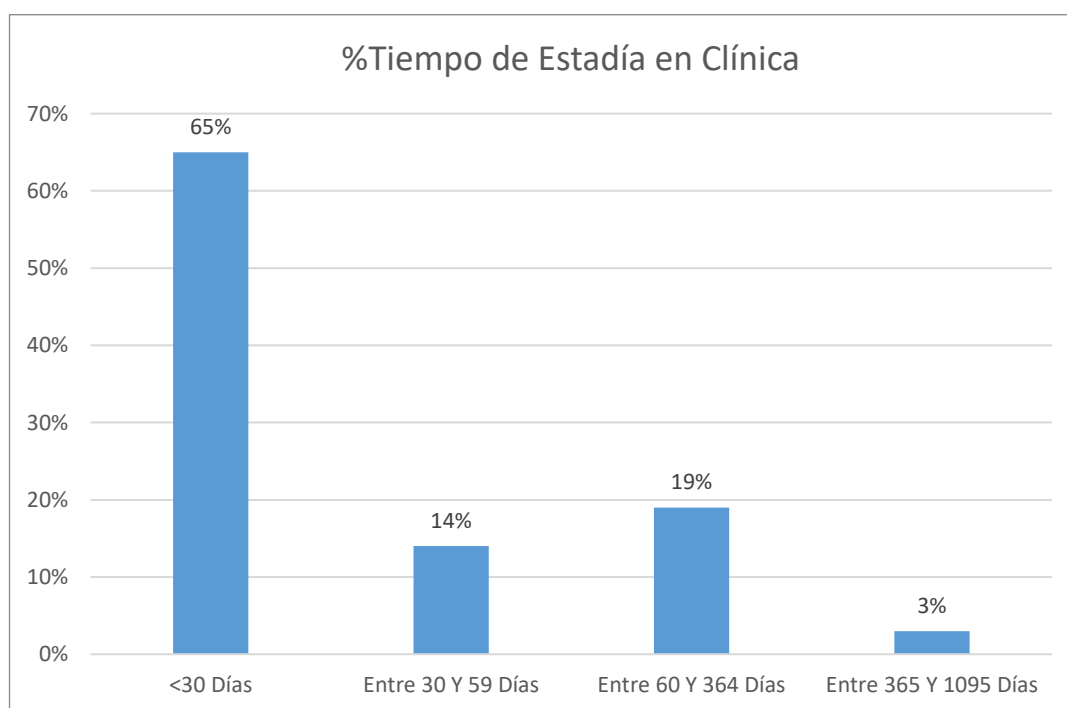


Gráfico 13. El gráfico muestra la distribución del tiempo de estadía en Clínica expresados en días, en donde encontramos que en el eje Y aparecen los porcentajes de cada uno y en el eje X los días que estuvieron en Clínica Familia. Se puede observar que un 65% de los pacientes fallecen antes de los 30 días, mientras que un 19% fallece entre los 60 y 364 días, además el 14% fallece entre 30 y 59 días y solo un 3% fallece entre los 365 y 1095 días.

Escala de valoración Análoga.

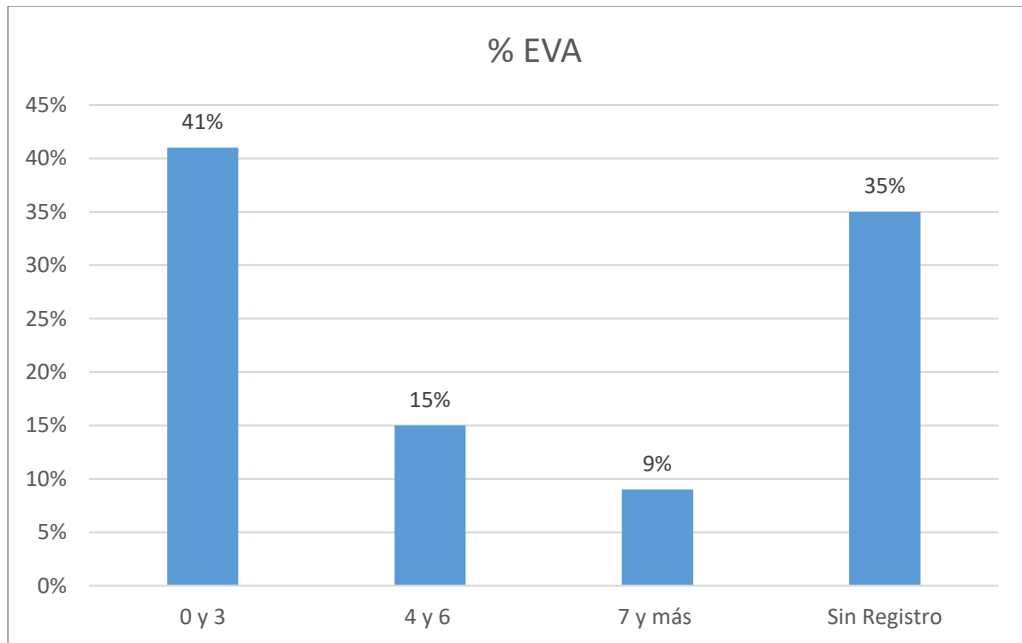


Grafico 14. El grafico muestra el nivel de dolor registrado al ingreso de los pacientes a Clínica Familia. En donde se aprecia que en el eje Y aparecen los porcentajes de cada uno y en el eje X el puntaje según EVA. Se observa que el 41% (213 casos) presenta un nivel de dolor leve, el 15% (76 casos) presenta un nivel de dolor moderado, mientras que el 9% (48 casos) presenta un nivel de dolor severo. Es importante mencionar que un 35% (178 casos) no presenta registro.

ECOG

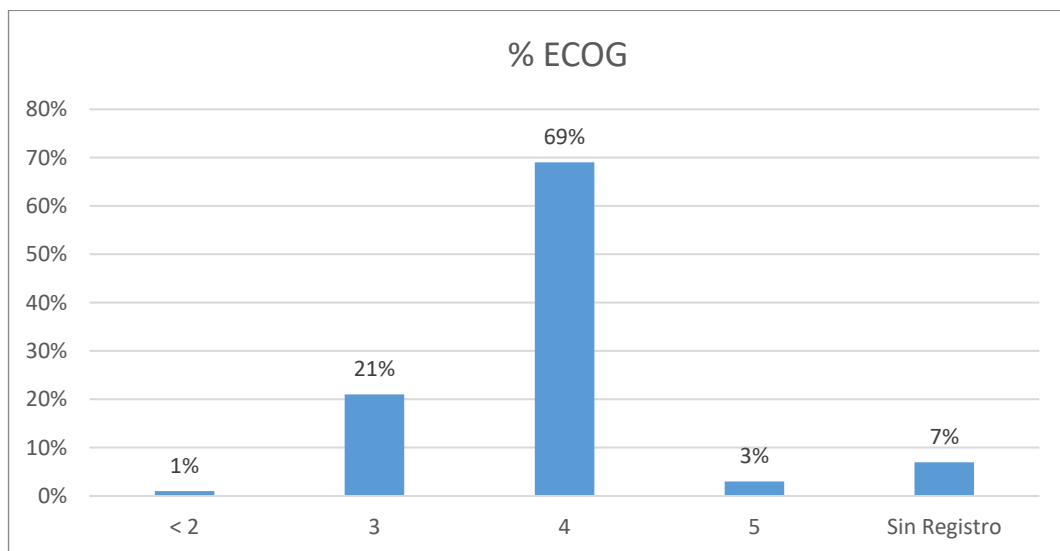


Grafico 15. El grafico muestra la prevalencia de los valores de Ecog en los pacientes de Clínica Familia. En donde encontramos que en el eje Y está el porcentaje de cada uno y en el eje X los valores de ECOG. Podemos observar

que el 69% presenta un ECOG 4, el 21% un ECOG 3, mientras que el 3% corresponde a un ECOG 5. Solo un 1% presenta un ECOG menor a 2, además el 7% no presentaba registro.

ECOG	N° de Casos	%
< 2	3	1%
3	106	21%
4	353	69%
5	18	3%
Sin Registro	35	7%

la presenta los datos de la escala de ECOG, con el número de casos y el porcentaje de cada uno.

Escala de Karnofsky

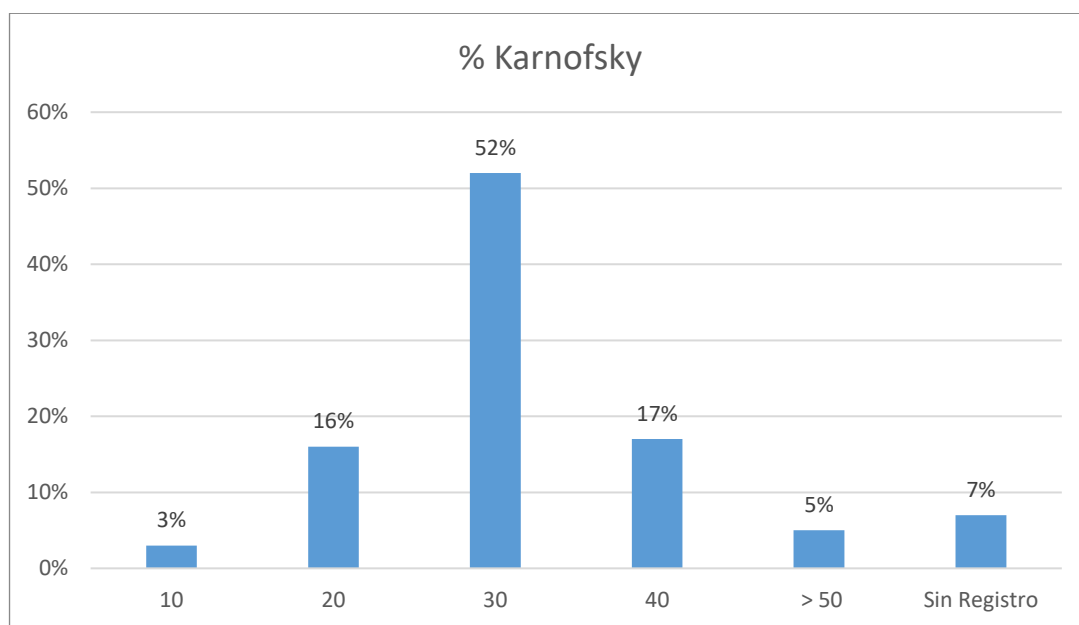


Grafico 16. El grafico muestra la prevalencia de los valores del índice de Karnofsky, en donde encontramos que en el eje Y están los porcentajes y en el eje X los valores del índice de karnofsky. Se observa que un 52% presenta un índice de karnofsky de 30, un 17% un índice de 40, el 16% un índice de 20 y el 3% un índice de karnofsky de 10. Además, el 5% de los pacientes presentaba un índice de karnofsky superior a 50 y solo el 7% no tiene registro.

Karnofsky	N° de Casos	%
10	18	3%
20	84	16%
30	269	52%
40	85	17%
> 50	24	5%
Sin Registro	35	7%

Tabla
12:
Número
de me
ros

de casos en relación con el porcentaje de karnofsky.

EMINA

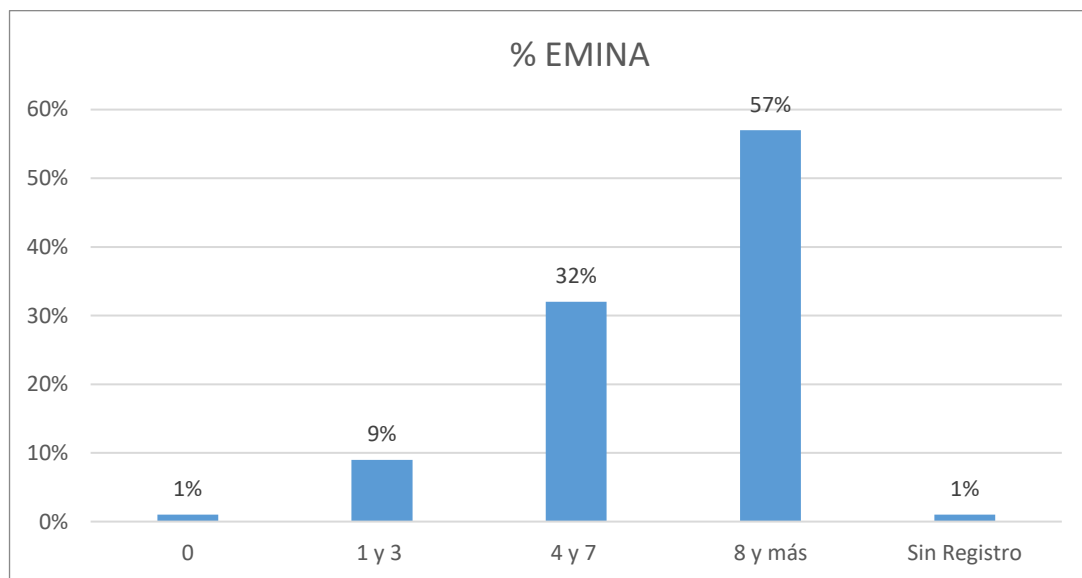


Grafico 17. El grafico muestra el porcentaje de los valores de la escala de riesgo de generar ulceras por presión (EMINA), donde podemos observar que en el eje Y están los porcentajes y en el eje X están los valores de la escala EMINA. Observamos que el 57% tiene un alto riesgo de generar ulceras por presión, el 32% presento un riesgo moderado, mientras que un 10% tubo un riesgo bajo. Además un 1% no presento riesgo de generar ulceras por presión y solo un 1% está sin registro.

EMINA	N° de Casos	%
0	4	1%
1 y 3	47	9%
4 y 7	163	32%
8 y más	294	57%
Sin Registro	7	1%

Tabla 13. La tabla presenta los datos de la escala de EMINA con los respectivos números de casos y su porcentaje.

Downton

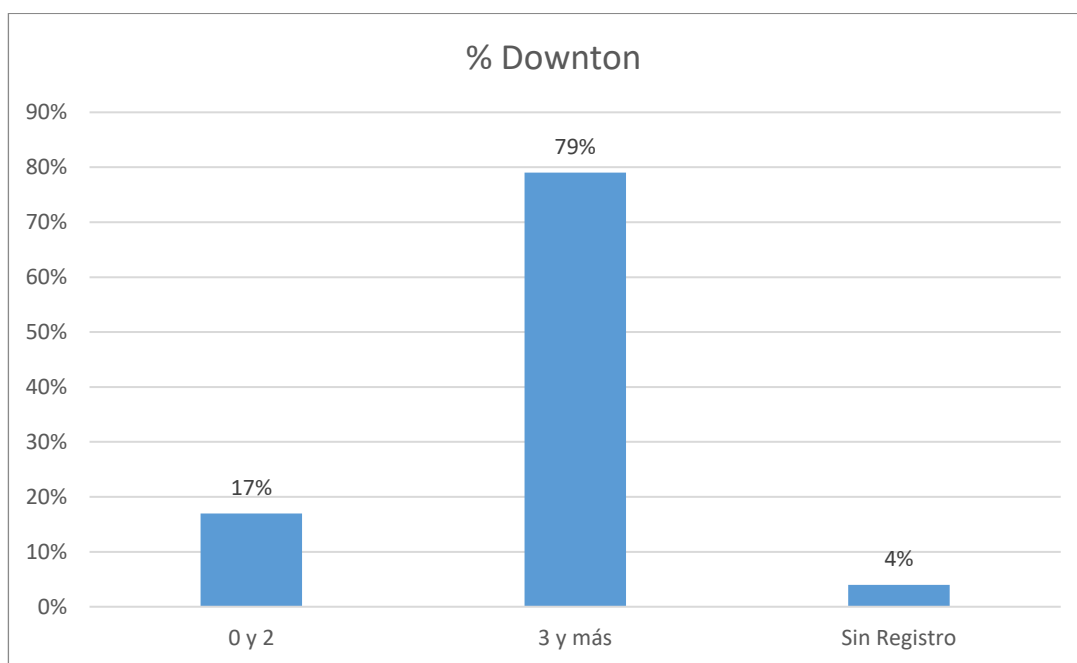


Gráfico 18. El gráfico muestra el porcentaje de distribución de los valores de la escala de Downton, en donde encontramos que en el eje Y están los porcentajes y en el eje X están los valores de Downton. Observamos que el 79% corresponde a un riesgo de caída alto, mientras que el 17% representa un bajo riesgo de caída según Downton. Además el 4% no presentó datos.

Downton	N° de casos	%
0 y 2	87	17%
3 y mas	409	79%
sin registro	19	4%

Tabla 14. La tabla presenta los datos de la escala de Downton con el número de casos y su porcentaje.

Escalas de valoración en relación a tiempo de Estadía en Clínica Familia.

Karnofsky	Promedio Tiempo De Estadía En Clínica (Días)	Desviación Estándar Tiempo De Estadía En Clínica
10	7	13,93
20	24,15	46,96
30	37,71	83,81
40	73,67	145,05

Tabla 15. La tabla presenta una relación entre el índice de karnofsky y tiempo de estadía en clínica, en base al promedio y la desviación estándar.

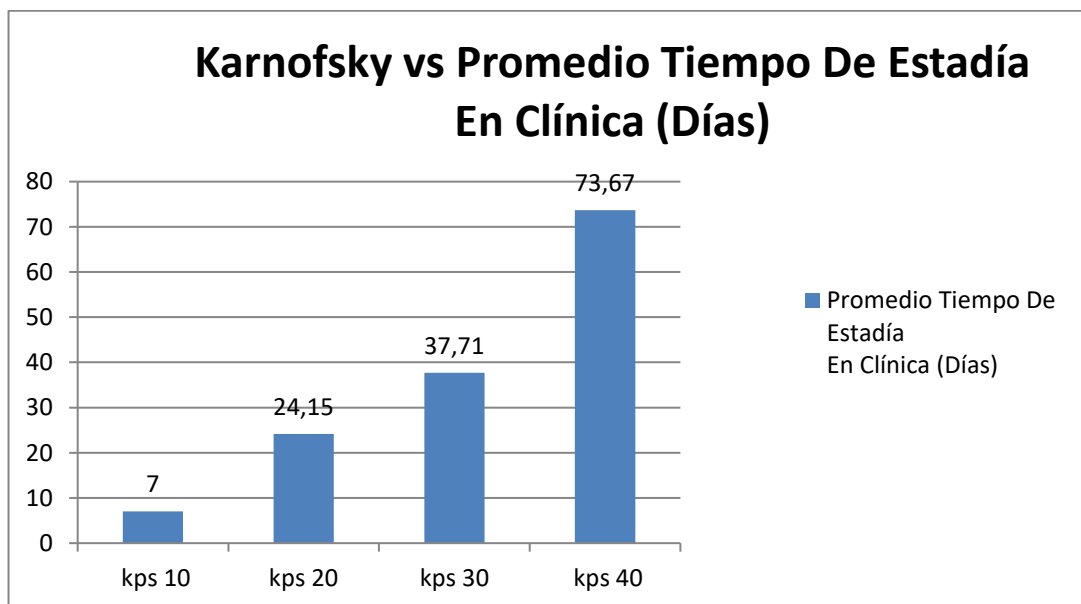


Grafico 19. El grafico muestra la relacion entre karnofsky y el tiempo de estadia, en donde podemos encontrar que en el eje Y estan los valores del promedio y en el eje X lo valores de karnofsky. Observamos que a menos karnofsky menor es el tiempo de estadia en clinica.

Karnofsky	Promedio Tiempo De Estadía En Clínica (Días)	Desviación Estándar Tiempo De Estadía En Clínica
< 40	40,26	92,58
> 50	83	162,16

Tabla 16. La tabla presenta una relación entre el índice de karnofsky agrupado en dos grupos, los que tienen un índice < 40 y los que tienen un índice > 50 con el tiempo de estadía en clínica.

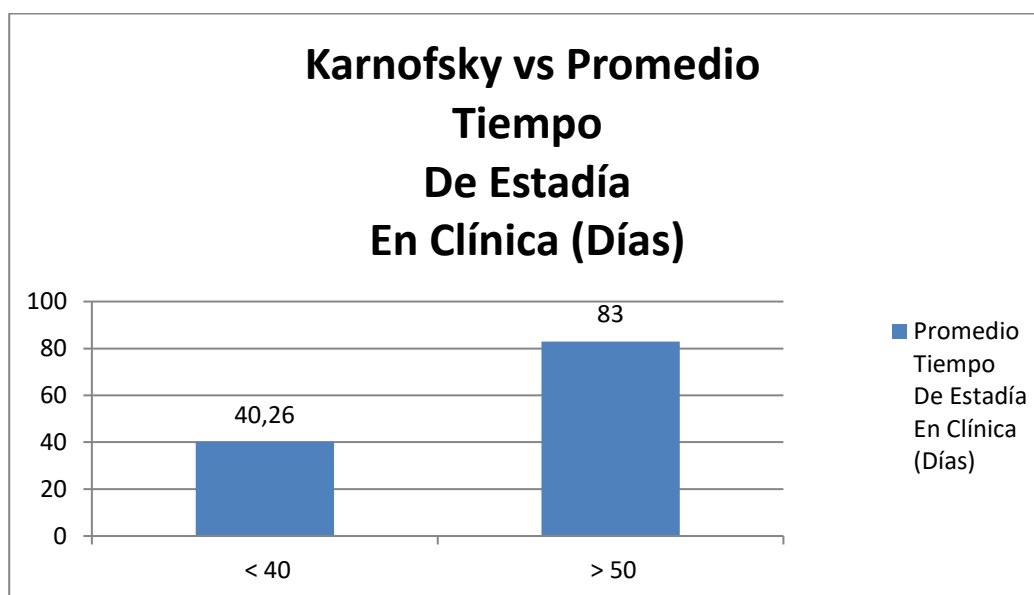


Grafico 20. El grafico muestra la relacion entre karnofsky en dos grupos los cuales son < 40 y > 50 y el tiempo de estadía, en donde podemos encontrar que en el eje Y estan los valores del promedio y en el eje X lo valores de karnofsky. Observamos que los pacientes con un karnofsky < a 40 tienen 40,26 días y > 50 presentan 83 días de supervivencia.

ECOG	Promedio Tiempo De Estadía En Clínica (Días)	Desviación Estándar Tiempo De Estadía En Clínica
ECOG 3	77,39	149,97
ECOG 4	34,39	76,60
ECOG 5	7	13,93

Tabla 17. La tabla presenta una relación entre la escala de ECOG y el tiempo de estadía en clínica.

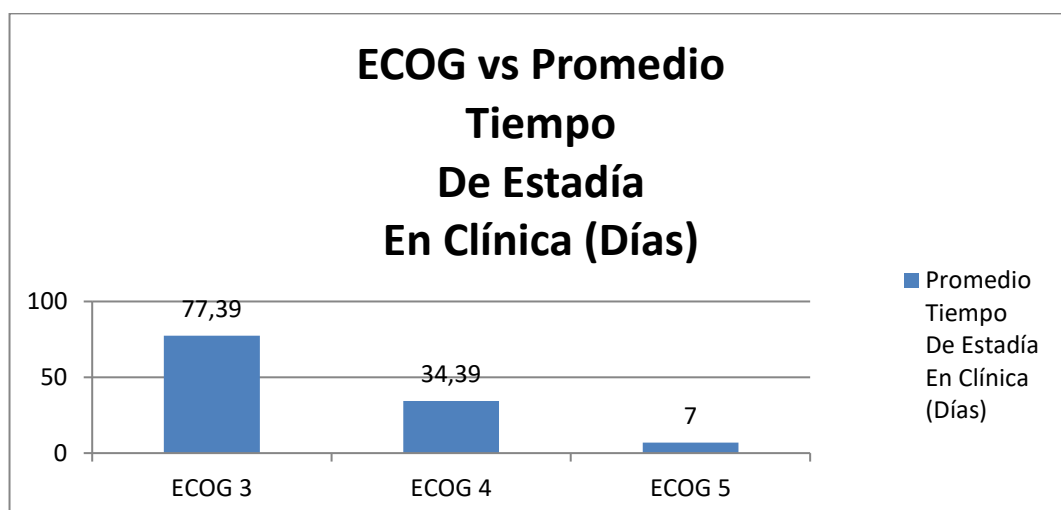


Grafico 21. El grafico muestra la relacion entre ECOG y el tiempo de estadía, en donde podemos encontrar que en el eje Y estan los valores del promedio y en

el eje X lo valores de ECOG. Observamos que a mayor ECOG menor es el promedio de supervivencia.

ECOG	Promedio Tiempo De Estadía En Clínica (Días)	Desviación Estándar Tiempo De Estadía En Clínica
ECOG < 2	20,67	16,17
ECOG > 3	42,32	97,20

Tabla 18. La tabla presenta la relación entre la escala de ECOG en dos grupos, los que presentan un ECOG < 2 y un ECOG > a 3 con el tiempo de estadía en clínica.

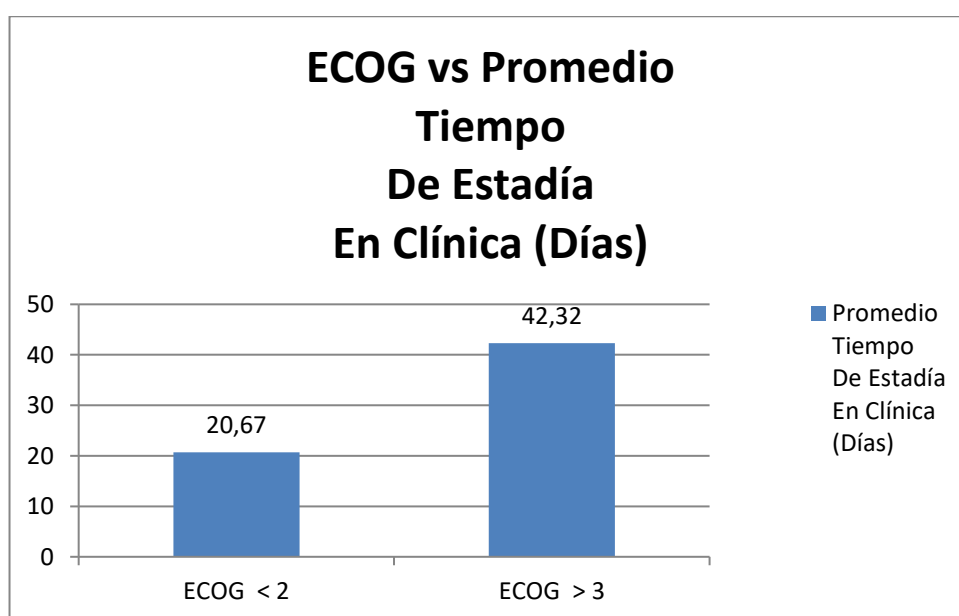


Grafico 22. El grafico muestra la relacion entre ECOG en dos grupos los cuales son ECOG < 2 y ECOG > 3 y el tiempo de estadía, en donde podemos encontrar que en el eje Y estan los valores del promedio y en el eje X lo valores de ECOG. Observamos que los con un ECOG < 2 tienen un promedio de supervivencia menor e comparacion con los que presentan un ECOG > 3 como se explica en el grafico.

Discusión

Las tasas mundiales de cáncer han aumentado de manera considerable, y se espera que a partir de las siguientes décadas este número siga creciendo. Este incremento se debe al envejecimiento de la población y crecimiento exponencial de ésta (Itriago, 2013), lo cual ha llevado a generar un aumento en la necesidad de cuidados paliativos, por el largo padecer de estos pacientes con patologías de carácter crónico.

Las alteraciones provocadas por el cáncer, tanto directa como indirectamente, vienen a alterar la calidad de vida de las personas, por esto es obligación de un equipo interdisciplinario como misión de los cuidados paliativos, enfocarse en los deterioros provocados por la enfermedad y dar alivio tanto al usuario, como a su entorno (Sheri M. Kittelson, 2015).

En relación con los datos extraídos se observa que los cánceres más comunes fueron en orden Pulmonar, Próstata y finalmente Mama, como también los casos en su mayoría son sobre los 60 años, lo cual se relaciona con los datos entregados por el Ministerio de Salud de Chile, el año 2016 en su Estrategia Nacional del cáncer (Gobierno de Chile, 2016). En la distribución por sexo, no hay mayor diferencia porcentual entre hombres y mujeres. Los dos hospitales de mayor derivación fueron el Hospital Sotero del Rio, San Borja con más del 50% del total de derivaciones como también La Florida y Puente Alto fueron las comunas más frecuentes de origen de los usuarios de derivación, hipotetizamos que esto es debido a una cercanía de los pacientes o instituciones con la Clínica Familia, considerando que no existe ningún convenio con hospitales y no hay mayor requerimiento para el ingreso que la indicación de un profesional de la salud calificado indicando la necesidad del usuario de cuidados paliativos.

En cuanto al nivel educacional, el 60% de los casos mostraron una educación formal incompleta, esto puede ser debido a la poca autopercepción de su propia salud, mala prevención y asistencia inoportuna a un servicio de salud, según muestra Léniz Martelli J, Van De Wyngard V, Lagos M, Barriga MI, Puschel Illanes K, Ferreccio Read C, la mortalidad según nivel educacional, siendo 15 veces mayor en mujeres con menos de 4 años de educación que en mujeres con más de 12 años, en relación al cáncer uterino (Javiera Léniz Martelli, 2014).

En cuanto la previsión de salud, Fonasa era la que cubría a la mayor parte de los casos, solo un 23% tenía cirugías relacionadas con el cáncer, un 87% de los usuarios su red de apoyo consistía su familia mientras que el otro restante, la red de apoyo la generaba amigos, o cercanos que no son parte de su familia consanguínea. El 93 % de los casos registrados prefirió morir en Clínica Familia, con la compañía total de sus seres queridos como es política de la clínica, como también el tiempo de estadía un 65% sobrevive tiempo menor a un mes, tiempo esperado, considerando que esta es una terapia paliativa y no busca prolongar su pronóstico de vida.

Otro dato extraído en esta investigación fue una relación porcentual entre las escalas de Karnofsky y ECOG, donde se observa que a menor índice de Karnofsky menor es el tiempo de supervivencia, mientras que a mayor ECOG menor es el tiempo de supervivencia, esto nos puede llevar a generar planes de tratamiento para los usuarios dependiendo la valoración de esta escala la ingreso a los cuidados paliativos.

Respondiendo la pregunta de investigación y sabiendo los datos extraídos, se logra apreciar que el status funcional de los pacientes ingresados por cuidados paliativos está deteriorado, considerando las escalas de E.V.A., Karnofsky, E.C.O.G., EMINA y Downton, donde en su mayoría las alteraciones son alto riesgo generando restricciones tanto en la funcionalidad y calidad de vida.

A causa de los deterioros provocados por las patologías, la inclusión de un profesional experto en funcionalidad es preponderante, buscando ayudar a combatir junto con todo el equipo interdisciplinario las alteraciones derivadas por la enfermedad y afectando directamente de la calidad de vida de los usuarios que están en un proceso hacia la muerte.

La alteración en la escala EVA y siendo el control del dolor parte fundamental en los cuidados paliativos, exámenes aleatorizados del año 2012 por Nuria López-Sendín, Francisco Albuquerque-Sendín, Joshua A. Cleland, y César Fernández de las Peñas, comprobó que la realización de masaje terapéutico combinado con ejercicios mejora el nivel de dolor como también de la ansiedad en pacientes con cáncer avanzado (Nuria López-Sendín, 2012). Otros estudios comprobaron que el uso de electroterapia tipo TENS mejora el nivel de dolor de los pacientes en cuidados paliativos y como también su calidad de vida según estudios de Jeffrey Loh y Amitabh Gulat del año 2015.

En relación con la calidad de vida, punto fundamental dentro de los cuidados paliativos, Karnofsky puede vislumbrar el deterioro provocado por la enfermedad (Ferriols Lisart & Alminaña., 1995). Según estudios, la terapia física tiene efectos tanto físicos como psicológicos, ya que un aumento en la funcionalidad repercute directamente en su percepción de calidad de vida según investigaciones de Sonya S, Lowe del año 2009, como también en la revisión sistemática del año 2015 de Kaitlyn Putt, en que se observa que personas sometidas a programas de entrenamiento con un terapeuta físico generan un aumento considerable en su percepción de calidad de vida.

Por la parte funcional se explica que la terapia física efectuada en pacientes oncológicos genera una mejoría considerable en la fatiga oncológica, aumento de fuerza y mayor rendimiento físico, además de disminuir los cambios físicos provocados por el cáncer como su metabolismo, función inmune como estado psicológico (M.J. Azevedo, 2013). Siguiendo en esta línea, podemos encontrar otros estudios pilotos de ejercicios a mujeres con cáncer de mama (S. Casla Barrio, 2012), y por otro lado, estudios a pacientes con cáncer prostáticos, sometidos a ejercicios en un programa de 24 semanas (Bernat C. Serda, 2010), los cuales llegaron a iguales conclusiones en su investigación.

Pero esta no es la única intervención kinesiológica, en enfermedades pulmonares incluido cáncer, la utilización de la terapia física genera un alivio sustancial tanto de la disnea, ansiedad y resistencia a la fatiga, lo cual influye directamente con su funcionalidad. (Marcos Montagnini, 2016).

Las ventajas de este tratamiento kinesiológico, permite una disminución de los costos hospitalarios, disminuir la utilización de opioides para el control de dolor y favorecer la calidad de vida de las personas, disminuir y/o retrasar los deterioros por estas patologías.

Considerando su eficacia demostrada para controlar las alteraciones provocadas por el cáncer, es necesario plantear la discusión acerca de la poca relevancia que se le da al kinesiólogo dentro de los programas de salud en Chile, en cuanto a su labor en el tratamiento de las consecuencias del cáncer, tomando en cuenta la eficiencia de este en los cuidados de pacientes, tanto en etapas tempranas del cáncer como en las etapas terminales. Pese a esto no está incluido dentro de las guías clínicas del plan GES como un ente fundamental, sino que es desplazado a un nivel secundario y recomendado únicamente para procesos post operatorios y rehabilitación protésica en solo algunos tipos de cáncer, dejando de lado las ventajas del accionar del kinesiólogo anteriormente mencionadas, provocando que el paciente para obtener bienestar tanto a nivel físico, psicológico como espiritual, deba elevar sus costos de salud ya que, el estado no garantiza esta clase de tratamiento.

Conclusiones

A causa de los deterioros provocados por las patologías, la inclusión de un profesional experto en funcionalidad es preponderante, buscando ayudar a combatir junto con todo el equipo interdisciplinario las alteraciones provocados por la enfermedad y afectando directamente de la calidad de vida de los usuarios que están en un proceso hacia la muerte.

La inclusión del kinesiólogo como un profesional fundamental dentro del tratamiento de las alteraciones provocadas por el cáncer, es una necesidad que debe ser contestada por el estado, para ofrecer una mejor salud y preparado las intervenciones a los cambios epidemiológicos que afectan al mundo, buscando el bienestar de los usuarios con este padecimiento, para mantener su calidad de vida, con un sistema de salud integral, digno y de oportunidades.

Favorecer la utilización de nuevas herramientas de evaluación en los cuidados paliativos proponemos la utilización de EORT QLQ-15Pal que es una escala de calidad de vida subjetivo y predictor de supervivencia en cáncer avanzado, la escala Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), para sintomatología asociada como también la escala de evaluación Edmonton- Edmonton Funtional Assessment Tool (EFAT), que nos da una visión de la funcionalidad del paciente. Esto nos permite tener mejor objetividad evaluativa y precisión en nuestros procedimientos, como también al valorar la calidad de vida subjetiva del paciente, nos pondrá un aliciente en cuanto al no solo lo funcional si también a los psicológico y espiritual que serían las 3 aristas que podríamos intervenir como profesionales.

Esperamos como equipo de investigación, proporcionar datos estadísticos que permitan verificar la incidencia de patologías, niveles funcionales, calidad de vida y analizar la realidad nacional de los cuidados paliativos, como también, promover el accionar de la kinesiología en estas patologías para generar nuevas áreas de especialización como oportunidades laborales y defender nuestro accionar profesional, como parte fundamental en el tratamiento de este tipo de patologías.

Bibliografía

1. Alberto Babarro, J. B. (2010). *Medicina Paliativa y Cuidados Continuos* . Santiago, Chile.: e.
2. Barsevick, A., Kamath, J., & Nail, L. M. (23 de Junio de 2017). *Instituto Nacional del Cancer*. Recuperado el 30 de 05 de 2017, de Instituto Nacional del Cancer: https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios/fatiga/fatiga-pro-pdq#cit/section_2.9
3. Bernat C. Serda, P. M. (2010). El ejercicio físico como terapia complementaria. *Medicina L'esport*, 81-93.
4. Berrios, D. M. (2013). Oncología/Cuidados Paliativos . En D. M. Berrios, *Bases de la medicina Clínica, para estufiantes de medicina* (pág. 15). Santiago: Universidad de Chile .
5. Brian C. Clark, T. M. (2012). What is Dynapenia? *National Institutes of Health*, 1-19.
6. C. Puiggròs, M. L.-P. (2009). El índice de Karnofsky como predictor de mortalidad en pacientes. *Nutricion Hospitalaria.*, 156-160.
7. Carmen Lobo-Rodríguez, A. M.-P.-C.-T.-J. (2016). Prevalencia de hiponatremia en pacientes mayores de 65 años que sufren una caída intrahospitalaria. *Nefrologia* , 1-7.
8. *Clinica Familia Fundacion para la Dignidad del hombre*. (2016). Obtenido de Clinica Familia Fundacion para la Dignidad del hombre: <http://www.clinicafamilia.cl/quienes.html>
9. Cuchi, D. P. (2016). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud: <http://www.who.int/countries/chl/es/>
10. Dra. Laura Itriago G., D. N. (2013). Cancer en Chile y el Mundo: Una mirada epidemiologica, presente y futuro. *Revista Medica Clinica las Condes*, 531-552.
11. Fadéla Chaib, G. H. (Julio de 2015). *Organizacion Mundial de la Salud* . Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es/>
12. Ferriols Lisart, R., & Alminaña., A. (1995). Calidad de vida en oncología Clínica. *Farmacia Hospitalaria*, 315-322.
13. Gallego, C. F. (2000). Validación de la escala EMINA©: un instrumento de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes hospitalizados. *Enfermeria Clínica*, 97-103.

14. Gobierno de Chile. (01 de Octubre de 2016). *Estrategia Nacional del Cancer. Chile 2016*. Santiago.
15. Javiera Léniz Martelli, V. V. (2014). Detección precoz del cáncer cervicouterino en Chile: tiempo para el cambio. *Revista Medica Chile.*, 1047-1055.
16. Jeffrey Loh, A. G. (2015). The Use of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) in a Major Cancer Center for the Treatment of Severe Cancer-Related Pain and Associated Disability. *Pain Medicine*, 1204-1210.
17. Kaitlyn Putt, K. A. (2015). Role of Physical Therapy Intervention in Patients With Life-Threatening Illnesses: A Systematic Review. *American Journal of Hospice*, 1-12.
18. L.M.Sobin, M. (2009). *TNM classification of malignant tumours*. UK: Blackwell Publishing Ltd.
19. Laura Itriago G., N. S. (2013). Cáncer en Chile y el mundo: una mirada epidemiológica, presente y futuro. *Revista Medicina Clínica las Condes*, 531-552.
20. López R, N. F. (2005). *Manual de Medicina Paliativa*. Santiago : Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Medicina, 2005. .
21. Luna, P., Campos, J., & Cunil, J. (2006). Causas e impacto clínico de la desnutrición y caquexia en el paciente. *Nutricion Hospitalaria*, 10-16.
22. M.J. Azevedo, S. V. (2013). Exercise prescription in oncology patients: General principles. *Rehabilitacion*, 170-178.
23. Marcos Montagnini, N. M. (2016). Physical therapy and other rehabilitation issues in the palliative care setting. *Uptodate*, 1-38.
24. María Jesús Bueno-García, M. T.-C.-T.-R.-M.-G. (2017). Características de la escala Downton en la valoración del riesgo de caídas en pacientes hospitalizados. *Enfermería Clínica* , 1-8.
25. *Medicina paliativa y Cuidados continuos*. (1 ed.). (2010). Santiago, Chile : Ediciones Universidad Católica de Chile .
26. Ministerio de Salud. (2012). *Guía Clínica GES Tumores Primarios del Sistema Nervioso Central en personas de 15 años o mas*. Santiago.
27. Ministerio de Salud. (2013). *Guía Clínica GES Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA*. Santiago.
28. Ministerio de Salud. (2014). *Guía Clínicas GES Leucemia en menores de 15 años*. Santiago.
29. Ministerio de Salud. (2015). *Guía Clínica GES Linfoma y Tumores sólidos en menores de 15 años*. Santiago.

30. Ministerio de Salud. (2016). *Listado de Prestaciones Especificas, Anexo Decreto Régimen de Gárantias Explicitas de Salud*. Santiago.
31. Ministerio de Salud. (2012). *Tumores Primarios del Sistema Nervioso Central en personas de 15 años o mas*. Santiago.
32. Naval, M., Pascual, A., & Llombart., A. (2006). Valoración general del paciente oncológico avanzado. Principios de Control de Sintomas. *Atencion Primaria*, 21-28.
33. Nuria López-Sendín, F. A.-S. (2012). Effects of Physical Therapy on Pain and Mood in Patients with Terminal Cancer:A Pilot Randomized Clinical Trial. *The Journal of Alterntive and Complementary Medicine*, 480-486.
34. Organizacion Mundial de la Salud. (01 de Noviembre de 2016). *Organizacion Mundial de la Salud*. Recuperado el 22 de 06 de 2017, de Organizacion Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
35. *Organizacion Mundial de la Salud*. (01 de 02 de 2017). Recuperado el 01 de 06 de 2017, de Organizacion Mundial de la Salud.: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
36. Palma, M. y. (2007). Cuidados Paliativos: Historia y Desarrollo. *BOLETÍN ESCUELA DE MEDICINA U.C.*
37. Pardo, C., Muñoz, T., & SEMICYUC, C. C. (2006). Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. *Medicina Intensiva* , 1-6.
38. Rio, P. M., & Palma, D. A. (2007). Cuidados Paliativos: Historia y desarrollo. *Boletin escuela de medicina U.C. , Pontificie Universidad Catolica de Chile*, 16-22.
39. S. Casla Barrio, J. S. (2012). Cáncer de mama y ejercicio físico: estudio piloto. *Revista Andaluza De Medicina del Deporte*, 134-139.
40. Sonya S. Lowe, S. M. (2009). Associations Between Physical Activity and Quality of Life in Cancer Patients Receiving Palliative Care: A Pilot Survey. *Journal of Pain and Symptom Management*, 785-796.
41. Stephen R. Connor, M. C. (2014). *Global Atlas of Palliative*. Londres : World Health Organization.
42. *Super Intendencia de Salud* . (10 de 05 de 2017). Obtenido de Super Intendencia de Salud : <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-1962.html#acordeonLegislacion>
43. Tania Pastrana, L. d. (2012). *Atlas Latinoamericano de Cuidados Paliativos* . Houston: IAHPC.

44. Vicente Valdivieso, J. M. (2010). Plan AUGE: 2005 al 2009. *Revista Medica de Chile*, 1040-1046.