Boletín N° 3
Abril del 2020

"UNIDAD ALIVIO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS INT"

INSTITUTO NACIONAL DEL TORAX

ATENCIÓN DE EXCELENCIA AL SERVICIO PÚBLICO

UAD Y CCPP - INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX

José Manuel Infante 717 Providencia - Santiago

Índice

Coronavirus COVID-19 2

Autocuidado del equipo de salud en tiempos de COVID-19 6

Reducción de la mortalidad por cáncer: La prevención como eje 9

Un acercamiento de la acupuntura al mundo Occidental 11

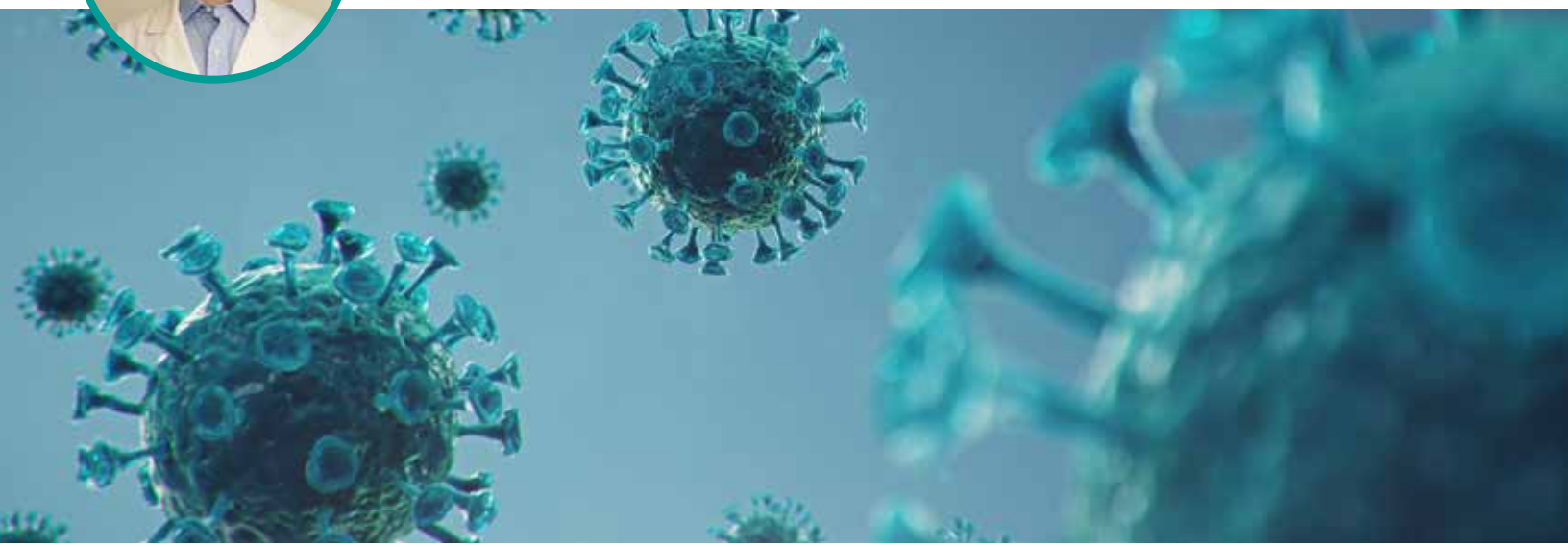
La cama treinta y cinco (cuento) 15

Ejercicios aeróbicos: su efecto a corto plazo en paciente con cáncer de pulmón 18

Primera Jornada de Cuidados Paliativos y Psicooncología, INT 22

Coronavirus – COVID-19

Dr. Francisco Villanueva Andrade; Médico-cirujano, Universidad de Chile; Doctor en Ciencias Biomédicas, Universidad de Chile



Los coronavirus son una familia de virus ampliamente distribuida entre los animales, incluyendo el hombre. En diciembre del 2019 se informó del descubrimiento de un nuevo coronavirus, nombrado SARS-CoV-2, que significa “síndrome respiratorio agudo grave por coronavirus 2”. Fue nombrado así por su similitud con el SARS-CoV, el cual produjo una epidemia en el Sudeste Asiático el año 2003. El SARS-CoV-2 provoca la enfermedad conocida como COVID-19. Esta infección se inició en la ciudad de Wuhan, en China, y actualmente ha alcanzado la categoría de pandemia por haber llegado a la mayoría de los países del mundo.

Esta enfermedad se propaga muy fácilmente entre persona y persona, llegando a ser más contagioso que la influenza. Entre los mecanismos de contagio se describen:

- A través de gotitas respiratorias que se producen cuando una persona infectada tose, estornuda o habla. Algunas microgotas podrían permanecer en el aire por varios minutos en lugares cerrados sin ventilación.

- Estas gotitas pueden ingresar por la boca o la nariz de quienes se encuentran cerca o, posiblemente, ser inhaladas y llegar a los pulmones.

- Persona con el virus, pero sin síntomas (asintomáticas) son capaces de transmitir la enfermedad.

- Tocar objetos contaminados con el virus y luego llevarse las manos a la cara puede transmitir la enfermedad.

Entre los síntomas que produce el COVID-19 se han descrito:

- Tos.
- Fiebre.
- Dificultad respiratoria.
- Dolores en el cuerpo.
- Cansancio muy intenso.
- Congestión nasal.
- Garganta irritada.
- Dolor de cabeza.
- Reducción o pérdida en las capacidades del olfato y gusto.

Si usted presenta alguno de los siguientes síntomas debe buscar atención médica de inmediato:

- Dificultad para respirar o falta de aire.

- Dolor o presión persistente en el pecho.

- Confusión o dificultad para estar alerta que no haya tenido antes.

- Coloración azulada en los labios o el rostro.

Se ha descrito que el COVID-19 presenta una mayor letalidad en ciertos grupos de riesgo. Estos grupos de riesgo son: adultos mayores, personas con enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y EPOC, además personas con cáncer.

Como medidas de precaución para pacientes con factores de riesgo, los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de EE.UU. recomiendan:

1. Quedarse en casa. Solamente debe salir si es absolutamente necesario.

2. Lavarse las manos con jabón frecuentemente por al menos 20 segundos.

3. Mantener distancia entre usted y otras personas (al menos un metro, en lo posible sobre dos metros).

4. Mantenerse alejado de las personas que están enfermas.

5. Mantener suministros suficientes en casa para evitar salir.

6. Limpiar y desinfectar los servicios que toca con más frecuencia.

7. Llamar a su profesional de atención médica si tiene inquietudes acerca del COVID-19 y su afección subyacente, o si presenta algún síntoma.

También se ha recomendado:

1. Evitar visitas a su domicilio.

2. Usar mascarillas si debe salir de su casa (MINSAL).

3. Si alguien llega a su casa, tome las medidas de precaución (lavado de manos, mascarilla, distancia social, etc.) por el riesgo de contagio por personas asintomáticas.

Por otro lado, es de suma importancia sobrellevar el estrés provocado por esta pandemia, especialmente por la importante cantidad de información recibida, que en gran medida son de connotación negativa y que podrían desencadenar episodios de angustia, ansiedad y temor. Para esto se recomienda:

1. De tanto en tanto, dejar de ver, leer o escuchar las noticias, incluso las redes sociales. Escuchar hablar de la pandemia reiteradamente puede afectarlo.

2. Cuidar su cuerpo. Respirar profundamente, hacer ejercicios de estiramiento o meditación. Tratar de comer alimentos saludables y comidas bien balanceadas, hacer ejercicio con regularidad, dormir lo suficiente y evitar el alcohol y las drogas.

3. Tener un tiempo de relajación. Tratar de hacer alguna actividad recreativa en su hogar.

4. Conversar con personas de confianza sobre sus preocupaciones y emociones. Llamar a su proveedor de atención médica si el estrés interfiere con sus actividades diarias por varios días seguidos.

Si en estos momentos está cursando algún tratamiento, por ejemplo, para el cáncer, comuníquese con su equipo tratante sobre los beneficios y riesgos de continuarlo o postergarlo. Si no está recibiendo un tratamiento, pero se mantiene en controles por su enfermedad, consulte si continuará el régimen de citas presenciales o mediante telemedicina.

Autocuidado del equipo de salud en tiempos de COVID-19

Ps. Andrea Ortiz Sanhueza, Psicooncóloga; Mg © Cuidados Paliativos, Docente del Diplomado de Psicooncología para Profesionales de la Salud, UDP.

De acuerdo a mi experiencia clínica, los profesionales de la salud se ven sometidos diariamente a estrés. Esto, porque en sus jornadas de trabajo se relacionan con enfermos que sufren, sienten miedo y dolor, y también con sus seres queridos.
Hoy nos enfrentamos a una pandemia causada por un virus que trae consigo una cuestión de la que no muchas veces se habla: la muerte; un tema más bien tabú, algo mal visto, poco hablado, temido y ocultado, incluso en los entornos de salud, donde se considera, en algunas circunstancias, como un fracaso de la atención. Ya explicaba Gómez Sancho (2005) que el comportamiento del hombre ante la muerte a lo largo de la historia ha estado siempre impregnado de ambigüedad, entre su inevitabilidad y rechazo. A esto se suma el temor de nuestros usuarios a morir solos o ahogados, y que no tengan a quién recurrir o no haya algo que los pueda ayudar.

Dentro de ese contexto, hoy me piden hablar de autocuidado, tema muy utilizado en los últimos tiempos, pero con pocos espacios para propiciarlo. Quiero señalar que antes de ser profesional de salud ¡eres humano! Sí, lo has leído bien, un ser humano que sufre, ríe, llora y tiene miedo.
Hoy nuestro trabajo nos pide estar íntegros y enteros, pero la verdad es que nadie nos preparó para esta situación; no seremos inmunes al dolor y a las secuelas psicológicas, puesto que al estrés cotidiano de nuestro trabajo se añade el esfuerzo personal de estar bien y sanos, lo que, indudablemente, traerá una sobrecarga no solo laboral sino también personal. El aislamiento al que puedes verte expuesto, el temor a enfermar a los

tuyos, el no poder abrazar y compartir, el constante estrés y sobrecarga emocional de acompañar al que muere, podría generar en ti una respuesta de estrés que afecte distintas áreas de tu vida.

Pero déjame recordarte que, ante estas situaciones, el autocuidado no solo depende de tu equipo de trabajo, sino también de ti mismo. Por eso, es importante que los profesionales cuenten con espacios de autocuidado, entendiendo estos como “actividades que realizan los individuos, las familias o las comunidades, con el propósito de promover la salud, prevenir la enfermedad, limitarla cuando existe o restablecerla cuando sea necesario” (González & Arriagada, 1999); que permitan desarrollar no solo estrategias destinadas a la regulación emocional, sino también a la cohesión del equipo de trabajo.

Y comenzaré con darte algunas recomendaciones sencillas:

Propiciar reuniones de equipo: Pueden ser al iniciar o terminar un tuno, para hablar sobre los hechos vividos, las emociones que surgieron, qué cosas hay que mejorar, etc. Esto permitirá afianzar el lazo de permanencia con el equipo y reconocer aquellas cosas y actitudes que podamos mejorar.

Apoyarse entre los compañeros, amigos y familiares: Recuerda que somos seres sociales y que necesitamos del otro; utilicemos los canales tecnológicos, videollamadas, teléfonos y todo lo que te permita disminuir la sensación de aislamiento.

Permitir la expresión emocional: Identifiquemos y reconozcamos esta emocionalidad; permitámonos sentir alegría, pena, rabia y expresémonos en ambientes protegidos; ya veraz que te sentirás más tranquilo y aliviado al momento de compartir tu emocionalidad.

Utilizar a los profesionales de salud mental de las unidades de salud del personal de tu establecimiento: Cuando veas que requieres de ayuda o acompañamiento psicológico, y que se te esta haciendo difícil de sobrellevar tu trabajo.

Cuídarse: Come sano, descansa, busca un espacio para ti, evita ver noticias y seguir redes sociales asociados a la pandemia.

Ante el fallecimiento de pacientes: Convérsalo con tu equipo o compañero de trabajo, habrá casos que te dolerán más que otros; permítete vivenciar el dolor que podría generar dicha situación.

Pero, sobre todo, cuídate y quiérete, porque sigues siendo alguien valioso, un profesional con fortalezas. Recuerda que en momentos como estos uno puede sacar lo mejor de sí

Referencias:

Brannon, L. & Feist, J. (2001) *Psicología de la salud, Paraninfo Editores*, Madrid, España.

Gatto, M. (Junio, 2001) *¿Qué está pasando con la salud del equipo de salud?* Revista Oncológica Vol. 4 Nº 16. Extraído el 31 de marzo 2020 desde http://www.psicooncologia.org/profesionales/profesionales.php?id_user=&email=kiddox@gmail.com&_pagi_pg=6

Rojas, M. (2006) *Cuidar al cuidador*, Editorial Aguilar, Madrid.

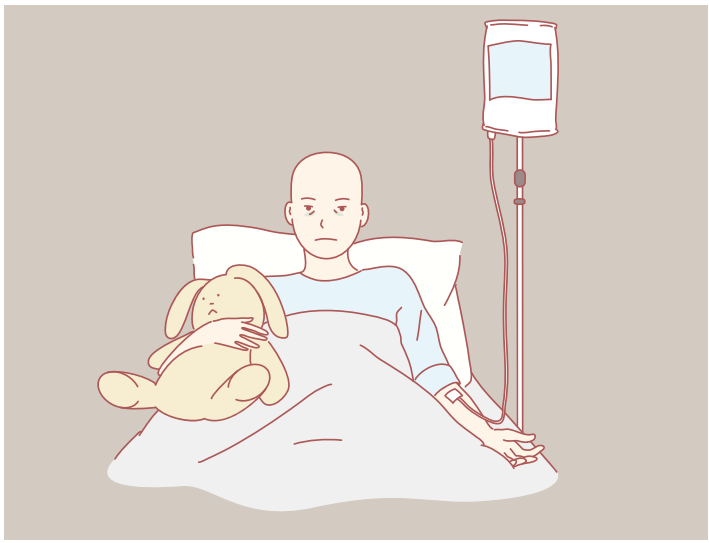
Gómez Sancho, M. (2002). *La muerte familiar. Ars Moriendi. El problema de la muerte en la sociedad actual.* En M., Gómez Sancho. (pp. 3- 29). Avances en Cuidados Paliativos. España: Gafos. González, M. Lacasta,

M. Ordónez, A. (2008) *El Síndrome de Agotamiento Profesional en Oncología*, Editorial Medica Panamericana, España.

Reducción de la mortalidad por cáncer: La prevención como eje.

Dr. Carlos Gallardo Araneda; Medicina Interna –Oncología Médica; Clínica Oncológica Fundación Arturo López Pérez.

En Chile se diagnostican 45.000 nuevos casos de cáncer cada año. Esta patología es responsable del 23% de las muertes al año en nuestro país, siendo la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares, estimándose que en los próximos años constituirá la primera, de seguir la tendencia actual.



Es sabido que las estrategias que apuntan a la prevención son las más costo-efectivas en el manejo de muchas patologías, no solo porque el impacto es mayor, sino porque los costos de implementación son menores y porque genera beneficio en otras patologías que comparten similares factores de riesgo, como las enfermedades cardiovasculares. Se estima que cuatro de cada 10 cánceres se pueden prevenir con medidas simples y económicas.

La OMS ha establecido **nueve estrategias fáciles para la disminución de la mortalidad por cáncer:**

Evitar el consumo de tabaco en cualquiera de sus formas: el tabaco mata anualmente a 6 millones de personas por esta y otras enfermedades relacionadas. Explica más del 90% de los cánceres de pulmón, la primera causa de muerte por cáncer en el mundo hoy.

Mantener una adecuada dieta con consumo de vegetales, frutas, legumbres: la dieta se asocia a diversos cánceres, especialmente al de colon. La dieta adecuada ayuda, además, en la

prevención del sobrepeso y obesidad, relacionado con cáncer de mama, endometrio, esófago y riñón.

Disminución del consumo de alcohol: particularmente al asociarse con consumo de tabaco, es responsable de 350.000 muertes por cáncer anualmente por su asociación con cáncer oral, faringe, esófago, colon e hígado.

Disminución del consumo de carnes rojas procesadas: asociadas con el cáncer colorrectal y, en menor medida, gástrico.

Mantener peso adecuado y realizar actividad física regular: relacionado con cáncer de mama, endometrio, esófago y riñón.

Protegerse de los rayos UV: mediante la permanencia en lugares sombreados, barreras físicas, uso de protector solar y evitar el solárium, dada la asociación de la radiación UV con el cáncer a la piel.

Vacunas anti hepatitis B y anti HPV: infecciones relacionadas a los cánceres de hígado y cervicouterino; erradicación de infección por H. pylori por su asociación con cáncer gástrico.

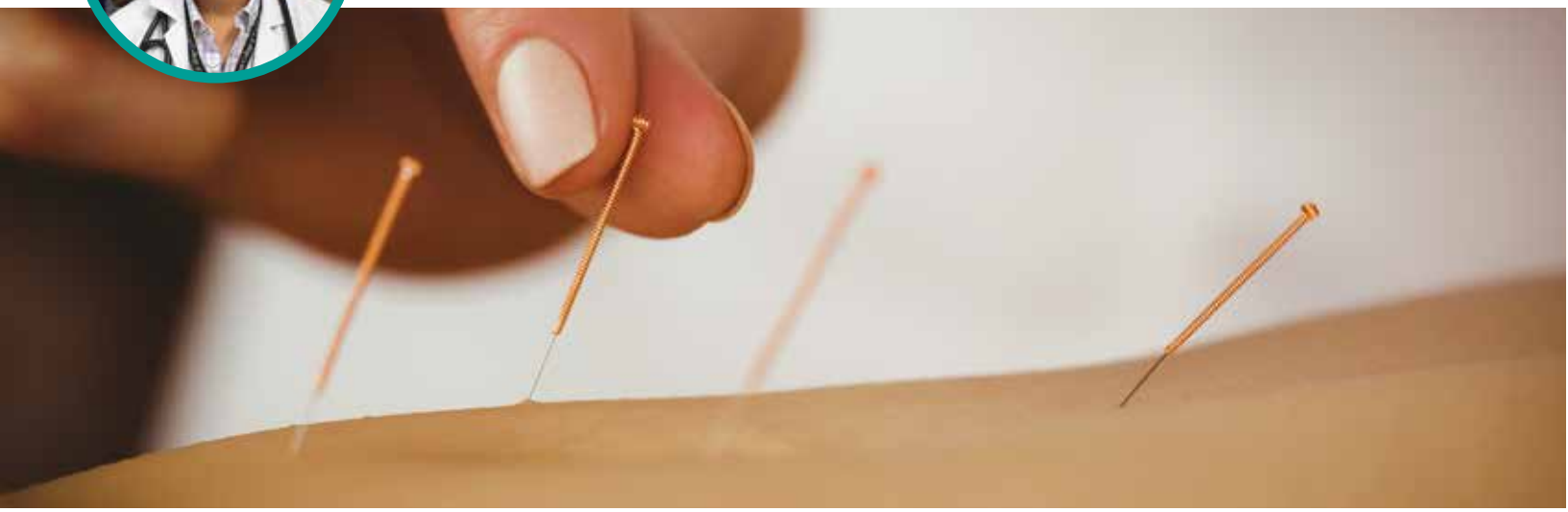
Evitar las conductas sexuales de riesgo: dada la relación de algunas ITS y cáncer, como HPV y HIV.

Evitar exposiciones ambientales y laborales a contaminantes: dado que explican 200.000 muertes por cáncer anualmente en el mundo.

Es de suma importancia que el equipo de salud sea capaz de transmitir este mensaje a los pacientes: evitar las conductas de riesgo, mantener estilos de vida saludable y de cómo la prevención es, probablemente, la única herramienta que nos ayudará a disminuir realmente nuestras cada vez más preocupantes cifras de incidencia y mortalidad por cáncer.

Un acercamiento de la acupuntura al mundo Occidental

Dr. José Miguel Zambrano, Medicina Intensiva, Unidad de Paciente Crítico INT, Medicina Paliativa, Unidad Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos, INT



La única realidad objetiva es que la vida es dinámica y los tiempos cambian, habiendo cosas que permanecen y otras que se vuelven obsoletas.

Con más de 5.000 años, la Medicina Tradicional China (MTC) se ha mantenido a través del tiempo; la evolución ha pasado por ella y la ciencia actual con recelo la mira mientras ha comenzado poco a poco a aceptar sus resultados.

La acupuntura es una terapia perteneciente a MTC, así como lo es la Dietoterapia China y la Herbolaria (Fitoterapia China); en la actualidad, junto a otras técnicas terapéuticas, forman parte de lo que se conoce como Medicina Integrativa, aportando una visión biopsicoespiritual a la medicina convencional.

Hoy, la acupuntura ya es bien conocida; es una terapia complementaria que, bajo la ejecución de un profesional competente, es capaz de ayudar e incluso resolver dolencias psicoemocionales y estructurales de las personas.

Consiste en la inserción de agujas muy finas, de acero inoxidable y descartables, en puntos específicos de la superficie del

cuerpo; el objetivo es la movilización del ¨Qi¨, una sustancia invisible, descrita durante milenios por sociedades de oriente y que permite la función de todo el cuerpo humano.

Desde Europa, inicialmente en Francia, el maestro y Dr. Nguyen Van Nghi, da inicio a la práctica médica de terapias que combinaban la medicina oriental con la occidental, generando un gran interés por el estudio de estas técnicas. Luego de eso, crea una escuela en la que desarrolla la analogía de lo que se podría entender como Qi, expresando que este permite que sucedan las funciones bioquímicas y se integren en un todo, formando un circuito PsicoNeuroInmunoEndocrino capaz de generar cambios en la fisiología del cuerpo humano.

Esta modificación fisiológica a libre demanda del acupuntor puede tratar de forma eficaz patologías, cuando se inicia en fases tempranas de la enfermedad; en fases avanzadas es capaz de mitigar síntomas, siendo un aporte importante como complemento a la medicina actual, logrando disminuir dosis de fármacos para tratar problemas de difícil solución, aportando incluso en disminuir tratamientos de uso crónico y, con ello, aplacando reacciones adversas de los medicamentos en polifarmacia.

La OMS, en 1978, reconoce la eficacia y la seguridad de la acupuntura y publica inicialmente una lista de 42 enfermedades que pueden ser tratadas. Y luego, en 1996, en la Conferencia de Acupuntura que se desarrolló en Cervia, Italia, se realizó una revisión de guías de tratamiento. De acuerdo al nivel de evidencia las enfermedades se clasificaron en cuatro grupos:

1.- ENFERMEDADES, SINTOMAS O AFECCIONES PARA LAS QUE LA ACUPUNTURA SE HA DEMOSTRADO A TRAVÉS DE ENSAYOS CONTROLADOS A SER UN TRATAMIENTO EFICAZ

-Las reacciones adversas a la radioterapia y / o quimioterapia -Rinitis alérgica -Cólico biliar -Depresión (incluyendo neurosis depresiva y depresión después del accidente cerebrovascular) -Disentería bacilar aguda -Dismenorrea primaria -Epigastralgia aguda (en la úlcera péptica gastritis aguda y crónica) -Dolor facial -Cefalea -Hipertensión arterial esencial -Hipotensión primaria -Inducción del trabajo de parto -Dolor de rodilla	-Leucopenia -Lumbalgia -Mala posición del feto (corrección) -Náuseas y vómitos -Cervicalgia -Dolor en odontología (incluyendo dolor dental y la disfunción temporomandibular) -Periartritis del hombro -Dolor Postoperatorio -Cólico renal -Artritis reumatoide -Ciática -Dolor por Esguince -Dolor por trauma

2.-ENFERMEDADES, SÍNTOMAS O AFECCIONES PARA LAS QUE SE HA DEMOSTRADO EL EFECTO TERAPÉUTICO DE LA ACUPUNTURA, PERO PARA LOS QUE SE NECESITAN MÁS PRUEBAS:

-Dolor abdominal (en la gastroenteritis aguda o debido a un espasmo gastrointestinal)	-Neurodermatitis
-Acné vulgar	-Obesidad
-La dependencia del alcohol y desintoxicación	-Dependencia de drogas
-Parálisis de Bell	-Osteoartritis
-Asma bronquial	-Dolor por examen endoscópico
-Cáncer dolor	-Dolor en tromboangeitis obliterante
-Neurosis cardiaca	-Síndrome de ovario poliquístico
-Colecistitis crónica con exacerbación aguda - Colelitiasis	-Dolor Post extubación en niños
-Síndrome de estrés	-Convalecencia postoperatoria
-Lesión Craneocerebrales	-Síndrome premenstrual
-Diabetes mellitus no insulino dependiente	-Prostatitis crónica
-Epistaxis	-Prurito
-Dolor ocular debido a inyección subconjuntival	-Síndrome de dolor Radicular y pseudorradicular
-Infertilidad femenina	-Síndrome de Raynaud primario
-Espasmo facial	-Infección del tracto urinario inferior recurrente
-Síndrome uretral femenino	-Distrofia simpática refleja
-Fibromialgia y fascitis	-Retención de orina, traumática
-Alteración gastrocinética	-Esquizofrenia
-Artritis gotosa	-Sialismo inducido por fármacos
-Hepatitis B virus (estado portador)	-Síndrome de Sjögren
-Herpes poster	-Dolor faríngeo (incluyendo amigdalitis)
-Hiperlipemia	-Dolor en la columna (agudo)
-Hipofuncion ovárica	-Cuello rígido
-Insomnio	-Disfunción de la articulación temporomandibular
-Dolor del Trabajo	-Síndrome de Tietze
-Lactancia insuficiente	-Tabaco
-La disfunción sexual masculina no orgánica	-Síndrome de Tourette
-Enfermedad de Ménière	-Colitis ulcerosa crónica
-Neuralgia post-herpética	-Urolitiasis
	-Demencia vascular
	-Tos ferina (pertussis)

3.-ENFERMEDADES, SÍNTOMAS O AFECCIONES PARA LAS QUE SÓLO HAY ENSAYOS CONTROLADOS INDIVIDUALES QUE INFORMARON ALGUNOS EFECTOS TERAPÉUTICOS, PERO PARA LAS QUE VALE LA PENA PROBAR LA ACUPUNTURA, YA QUE EL TRATAMIENTO CON TERAPIA CONVENCIONAL ES DIFÍCIL:

-Cloasma	-Deficiencia mental
-Coroidopatía, serosa central -Daltonismo	-Síndrome de colon irritable
-Sordera	-Vejiga neurogénica en lesiones de la médula espinal
	-Enfermedad cardiopulmonar crónica y Obstrucción de la vía aérea pequeña

4.-ENFERMEDADES, SÍNTOMAS O AFECCIONES PARA LAS QUE LA ACUPUNTURA PUEDE SER USADA SIEMPRE Y CUANDO EL MÉDICO TENGA LOS CONOCIMIENTOS MÉDICOS MODERNOS Y EQUIPOS ESPECIALES DE VIGILANCIA ADECUADA:

-Disnea en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica	-Diarrea en lactantes y pre escolares
-Coma	-Encefalitis viral, en niños, etapa tardía
-Convulsiones en niños	-Parálisis bulbar progresiva y pseudobulbar
-La enfermedad coronaria (angina de pecho)	

Cuadros. Acupuncture: Review and Analysis of Reports on Controlled Clinical Trials, WHO, Consultation on Acupuncture 1996, Conferencia de Acupuntura, Cervia, Italia: Revisión de Guías.

Posterior a la conferencia de Cervia, diversos profesionales sanitarios, médicos especialistas, no especialistas, enfermeros, kinesiólogos e incluso personal no sanitario interesado en conocer una nueva forma de entregar salud a la sociedad, han experimentado sus bondades. De esta manera, se sumerge la acupuntura en el mundo altamente científico de occidente.
En países como: Reino Unido, Alemania, Australia, Brasil, China y Japón es reconocida como especialidad médica, mientras que en Colombia y Cuba es instaurada en la salud pública.

En Europa, Canadá, Estados Unidos y México se practica de forma rigurosamente científica.

Ni decir de China en donde existen sub especialidades médicas para acupuntura en hospitales universitarios de Beijing y Yunnan.

En Chile, la acupuntura es una de las terapias regladas por el Ministerio de Salud y otorga sus beneficios según las referencias que entrega la OMS. Es así como desde el 2008 funcionan diversas Unidades de Acupuntura y Medicina Integrativa en Hospitales de las Fuerzas Armadas (Hospital Militar, DIPRECA, Hospital Clínico de la FACH y en el

Hospital de Carabineros). Además, se ha implementado en la atención primaria, como en el Cesfam Rosita Renard y Violeta Parra; en hospitales públicos como: Barros Luco Trudeau, San José, Exequiel González Cortés, San Borja Arriarán, Félix Bulnes, Roberto del Río; y en diversas clínicas particulares, como la Clínica Alemana (3).

En conclusión, la acupuntura, junto con otras técnicas pertenecientes a la medicina integrativa, podrían mostrar un panorama alentador si van de la mano con todo el arsenal terapéutico y de exámenes de la medicina convencional, ya que aumentarían el bienestar integral en salud y acceso a tratamientos complementarios, permitiendo que la sociedad tenga pueda optar a estas terapias, contribuyendo a tener alto beneficio en sus vidas.

Referencias Bibliográficas

Juan Muñoz -Ortego et al. (2016). *Indicaciones Medicas de la Acupuntura: Revisión Sistemática. Medicina Clínica*, 147(6), 250-256.doi: 10.1016/j.medcli.2016.02.029

Andrew J. Vickers, Emily A. Vertosick et al. (2017). *Acupuncture for Chronic Pain: Update of an Individual Patient Data Meta-Analysis.* Journal of Pain, 19(5), 455-474. doi: 10.1016/j.jpain.2017.11.005

R. Alex Flores, R. Lilian Arias, C. Ximena Azolas, V. Juan Carlos Bravo, H. Carmen Gajardo, R. Emilia Poblete, G. Italia Quitral, H. Ximena RodrÌguez, Elena Tokareva, W. MatÌas Undurraga, T. Yang Loon Hsiao, A. Marcela Ortega, R. Pamela Torrejon, A. Gianfranco Maggiolo, C. Eduardo Fong-Jhen Hafon. (2014). *Dolor y Medicina Complementaria y Acupuntura*. Revista Medica Clinica Condes, 25(4), 636-640.

Marco Vieira, Filomena Paulo y Conceicão Martinsa. (2016). *Ventajas del uso de la acupuntura en el paciente oncológico: estudio de 2 casos.* Revista Internacional de Acupuntura, 10(4), 126-130.

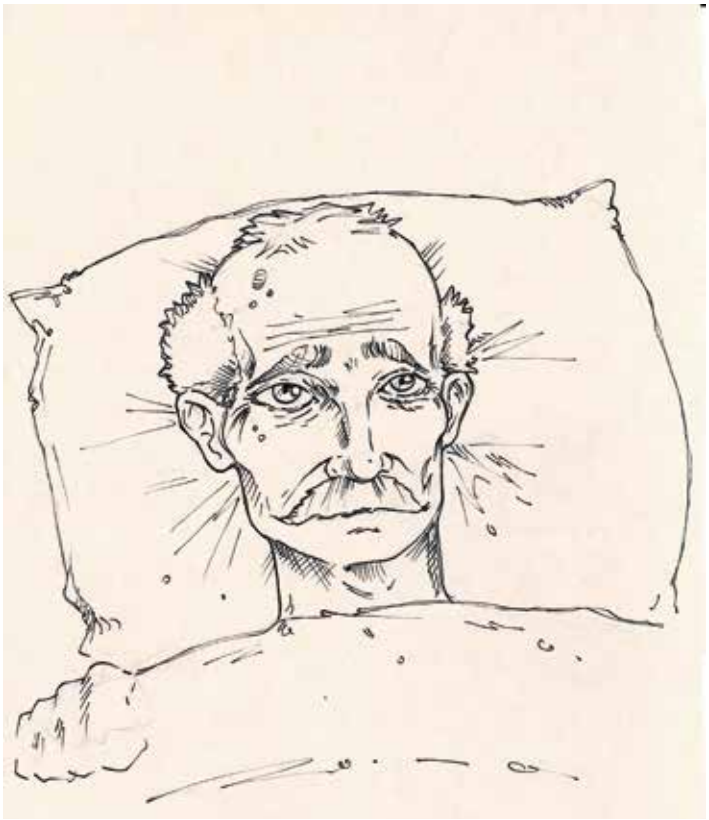
Juan Muñoz-Ortego, Jorge Vas, Betina Nishishinya Aquino, Beltrán Carrillo, Alberto Pérez Samartín, Cristina Verástegui y Rafael Cobos. (2018). *Síntesis de la evidencia científica en acupuntura*. Revista Internacional de Acupuntura, Acu (87), 1-29. doi: 10.1016/j.acu.2018.11.002.

A.P. Sánchez, MD, M. Ángel, MD, MsC. (2012). *Potencialidades en los efectos de la acupuntura sobre la actividad de células natural killer en pacientes con cáncer de mama.* Revista Internacional de Acupuntura, RIA (6), 58-62

La cama treinta y cinco

Klgo. Osvaldo Cabrera R; Especialista en Kinesiología Respiratoria; Coordinador Rama de Kinesiología Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias.

-Buenos días- saludé con voz suave mientras hacía una inspección visual de los pacientes de la sala. Un murmullo casi imperceptible me llegó de respuesta. Inmediatamente me llamó la atención aquel paciente de la cama treinta y cinco. Casi al final de la sala, enterrado en la cama, con la punta de los dedos tirando la sábana que solo permitía ver sus grandes ojos azules y su escaso cabello blanco, me miraba con algo de temor. Mientras inspeccionaba la ficha clínica buscando su nombre, pude apreciar que me seguía observando. -Buenos días don Hans- le dije. - ¿Qué le pasó? -, hubo un breve silencio antes que me respondiera -Si supiera que me pasó no estaría aquí-. Me sentí un poco avergonzado pensando en la obviedad de mi pregunta y solo atiné a decir -Discúlpeme, tiene toda la razón-. Quizás esa respuesta me abrió el camino al corazón de aquel hombre. -No doctor, discúlpeme usted, no debí responder así- a lo que añadió -Pensé que usted era igual que todos los otros médicos que han venido dando sus sabias opiniones- y agregó en tono burlesco -unos decían que tenía tuberculosis, otros que probablemente un cáncer, neumonía y no sé qué otras estupideces…y ¿sabe qué? -dijo mirándome fijamente a los ojos -lo que yo tengo es vejez-. Haciendo énfasis en esta última palabra agregó -Los médicos son como el número 111- y casi adivinando mi pregunta me respondió -porque parten con uno, siguen con uno y al final… terminan con uno-. No pude contener la risa frente a tal aseveración y toda la sala



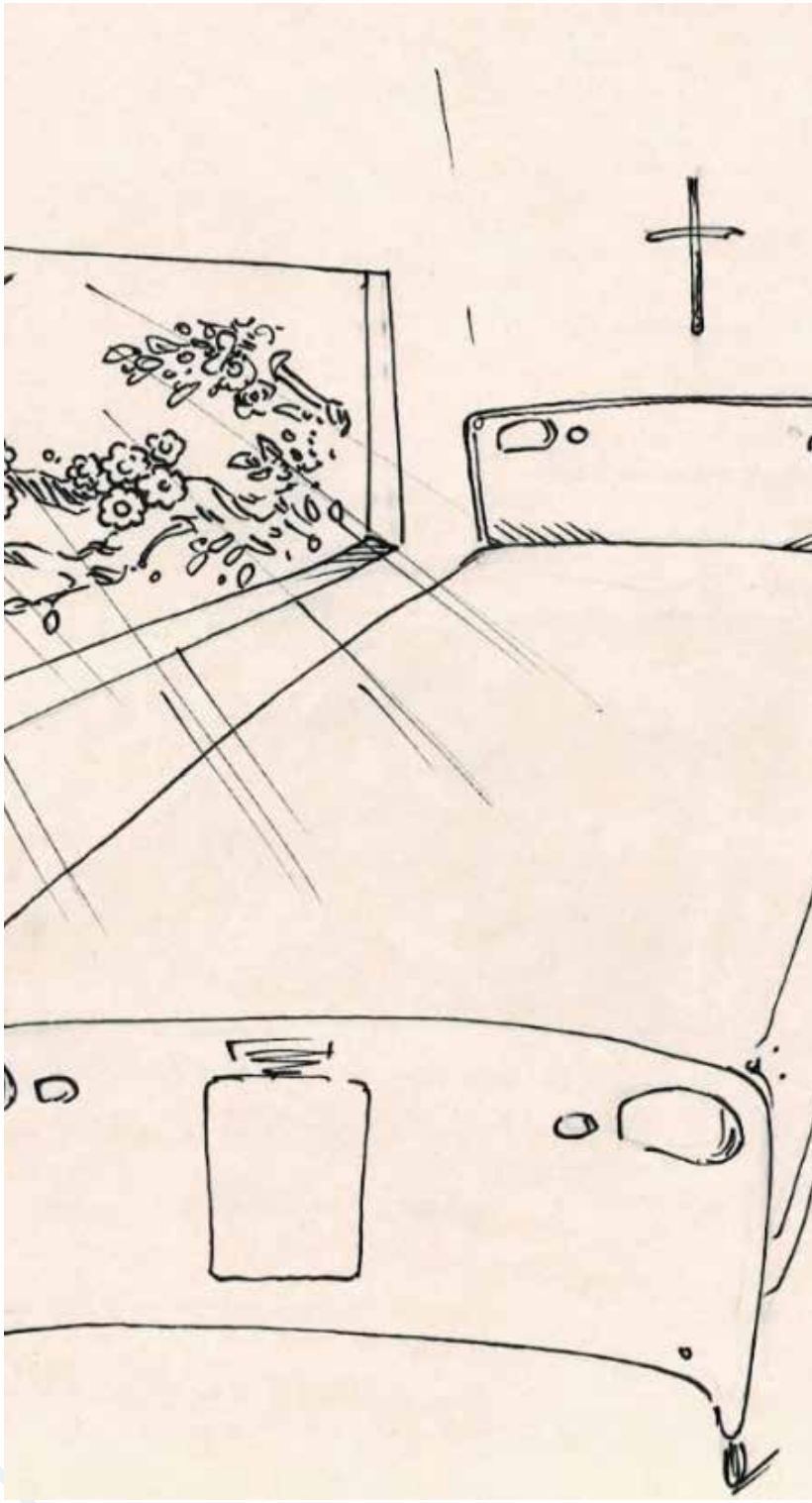
terminó riendo a carcajadas. Con los días siguientes pude conocer que aquel hombre era un descendiente de padres alemanes, que a sus 82 años vivía solo, y que una vez jubilado como empleado bancario, se había dedicado a su jardín que, según él, era lo más parecido al Edén que existía en la Tierra. Poco a poco fui entablando una cierta amistad con aquel paciente. De carácter hosco en un primer momento, fue lentamente contándome parte de su vida y sus sentimientos. -Buenos días don Hans- lo saludaba todas las mañanas, ya no me atrevía a preguntar cómo estaba, pero él siempre adivinando mi pregunta y esbozando una sonrisa me respondía -Mejor que ayer y peor que mañana-.

Cierto día que llegué un poco más tarde a realizar la visita de mis pacientes, lo encontré sentado al lado de la cama tomando el tibio sol primaveral que se colaba por la ventana. Sin que yo preguntara algo, me dijo -Acá estoy, acostumbrándome de a poquito al calor- y ante mi cara de duda me respondió -porque allá abajo en el infierno sí que hace calor-. Una risotada estalló en toda la sala y yo, conteniendo un poco la risa le dije -No don Hans, aún le queda mucho tiempo- quizás como una forma de darle un poco de ánimo. -No doctor- me respondió esta vez poniéndose serio –estoy viejo, yo sé que me queda poco, pero me voy tranquilo, ya viví todo, mis hijos están grandes, ya casi no me visitan… pero bueno, ellos tienen su vida-.

Hizo una mueca de resignación y agregó –Extrañaré mi jardín-. Me quedé pensando unos segundos y solo atiné a decir -Uno se muere cuando le llega su hora, nunca antes ni después-, con una certeza que me sorprendió exclamó -Pero a mí ya me queda poco…-. Esa mañana me fui con una sensación extraña. Durante todo el día estuve pensando en aquel hombre y su forma de ver la vida o la escasa vida que le quedaba, ya que los exámenes mostraban que un cáncer altamente maligno estaba invadiendo todo su cuerpo. Al día siguiente llegué temprano, quizás más temprano que de costumbre. Como siempre al entrar a la sala saludé con un -Buen día- pero no hubo respuesta. Mis ojos se dirigieron inmediatamente a la cama treinta y cinco, que esta vez estaba vacía. Las ropas impecablemente estiradas, el velador limpio, sin nada encima, y la hoja de indicaciones retirada de su lugar habitual. Miré al resto de los pacientes de la sala quienes solo atinaron a bajar la cabeza. Respiré profundo y miré a través de la ventana. Las blancas flores de los ciruelos que anunciaban el inicio de la primavera me hicieron imaginar un jardín, probablemente aquel jardín que don Hans ahora disfrutaba tranquilamente.

FIN

La cama trienta y cinco, un cuento escrito por Klgo. Osvaldo Cabrera R



Ejercicios aeróbicos: su efecto a corto plazo en paciente con cancer de pulmón

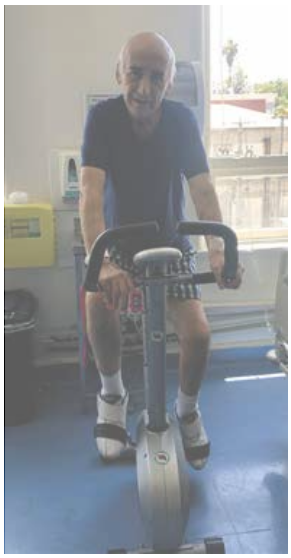
Klga. Marjorie Valdés Araneda, Unidad de Kinesiología del INT
Diplomada en Kinesiología Oncológica

En Chile, la tasa de mortalidad asociada al cáncer de pulmón ha aumentado exponencialmente durante los últimos años, convirtiéndose en la segunda causa de muerte por cáncer (Torres-Avilés F, 2015). Lamentablemente, esta enfermedad presenta síntomas inespecíficos en sus estadios tempranos, por tanto, los pacientes solicitan atención médica en fases más avanzadas, lo que implica una pobre sobrevida.

Tradicionalmente, los médicos aconsejaron a los pacientes de cáncer que descansaran y evitaran la actividad física; no obstante, investigaciones emergentes sobre el ejercicio han puesto el tema en discusión (JF Meneses-Echavez - 2014). Numerosos estudios confirman que un programa de ejercicio físico de baja intensidad, al igual que de moderada a alta, es seguro y factible para reducir los efectos adversos al tratamiento contra el cáncer en sus diferentes etapas (Van Waart, H, 2015). El presente reporte de

caso se centró en un usuario de 69 años con cáncer pulmonar en etapa IIIC, que ingresó al Instituto Nacional del Tórax, específicamente a la Unidad Médico Quirúrgica, para una instalación de urgencia de prótesis bronco-rígida en (Y) debido a una gran oclusión del bronquio izquierdo.

Paralelo a eso, también el paciente cursaba con tratamiento de quimioterapia y radioterapia paliativa. Se realizó un programa de ocho sesiones de entrenamiento con ejercicio aeróbico en bicicleta estática, ejercicios de fortalecimiento muscular y ejercicios de flexibilidad muscular, a través de elongaciones de grandes grupos musculares con intensidad progresiva a medida que avanzaban las sesiones. Para comprobar resultados, en esta intervención se aplicó en la evaluación inicial y final el cuestionario de Calidad de vida EORTC QLQ- C30 (P. Marín, 2006), su anexo para cáncer de pulmón EORTC QLQ LC-13 (J.I Arraras, 2000), Inventario de Síntomas y fatiga MD.ANDERSON MDASI (Anderson, 2000), Test de Funcionalidad y capacidad aeróbica, SENIOR FITNESS TEST (Pablo Valdés-Badilla, 2018), y la Escala de depresión geriátrica de YESAVAGE



(Minsal, 2013). Durante la supervisión del programa de rehabilitación hospitalaria se comprobaron avances rápidos respecto a capacidad funcional y estado anímico, que luego de ser evaluados, se pudo evidenciar por medio de datos numéricos el avance favorable del paciente en ocho sesiones continuas.

A través de entrenamiento físico, aérobico, de resistencia y de flexibilidad, se observó un incremento considerable en la calidad de vida del paciente, recuperando notablemente su independencia y funcionalidad. De igual manera, disminuyó su sensación de cansancio y disnea, lo que en general contribuyó considerablemente a salir del estado depresivo y de frustración en que se encontraba. Asimismo, se educó al paciente y familia sobre la importancia del ejercicio y de la continuidad de la rehabilitación en su hogar, a través de las pautas de ejercicios respiratorios y de fortalecimiento muscular para prolongar el efecto de dichos avances. Este trabajo sirve como base para realizar rehabilitación a pacientes con cáncer de pulmón en tratamiento curativo o paliativo en estado de hospitalización, teniendo seguridad de los efectos que generan a corto plazo y el bienestar que otorgan llevando de una mejor forma este tipo de patología.

Referencias

Pinto Marín, Á., Gómez Raposo, C., & González Varón, M. (2006). *Evaluación de la calidad de vida en el tratamiento de los pacientes oncológicos con patología neurológica*

tumoral severa.

J.I Arraras, E. Prujá, M. Marcos, M. Tejedor, J.J .Illaramendi, R. Vera, F. Arias, J.J Valerdi. *Hospital de Navarra , servicio de oncología 2000*; 23 (3): 127 - 134.

Anderson, Copyright 2000 *The University of Texas MD Anderson Cancer Center All rights reserved*.

Pablo Valdés-Badilla, Yeny Concha Cisternas, Eduardo Guzmán-Muñoz, Jenny Ortega-Spuler,Rodrigo Vargas-Vitoria *Rev Med Chile 2018*; 146: 1143-1150.

Ministerio de Salud. (2013). *Manual de aplicación del examen de medicina preventiva del adulto mayor*.

Torres-Avilés, F., Moraga, T., Núñez, L., & amp; Icaza, G. (2015). *Mortalidad por cáncer pulmonar en Chile: tendencia y proyección a seis años con modelos lineales dinámicos bayesianos*. Cadernos De Saúde Pública, 31(9), 1975-1982. doi: 10.1590/0102- 311x00194313.

Meneses-Echavez, J. F., González-Jiménez, E., Correa, J. E., & Ramírez-Vélez, R. (2014). *Intervenciones con actividad física supervisada en el manejo de la fatiga relacionada con el cáncer: una revisión sistemática*. Nutrición Hospitalaria, 30(3), 486-497

Van Waart, H., Stuiver, M., van Harten, W., Geleijn, E., Kieffer, J., Buffart, L., de Maaker- Berkhof, M., Boven, E., Schrama, J., Geenen, M., Meerum Terwogt, J., van Bochove, A., Lustig, V., van den Heiligenberg, S., Smorenburg, C., Hellendoorn-van Vreeswijk, J., Sonke, G. and Aaronson, N. (2015). *Effect of Low-Intensity Physical Activity and Moderate- to High-Intensity Physical Exercise During Adjuvant Chemotherapy on Physical Fitness, Fatigue, and Chemotherapy Completion Rates: Results of the PACES Randomized Clinical Trial*. Journal of Clinical Oncology, 33(17), pp.1918 1927.

Primera Jornada de Cuidados Paliativos y Psicooncología, INT

El 3 y 4 de marzo de este año se realizó la primera Jornada de Cuidados Paliativos y Psicooncología, que contó con la asistencia de distintos servicios de salud de la Región Metropolitana y del país. El encuentro tuvo como finalidad promover y visualizar la importancia de los cuidados paliativos en Chile y el mundo, manteniendo una mirada holística e integral en la atención que requiere cada persona en el proceso de una enfermedad compleja como lo es el cáncer, contribuyendo de esta manera a mejorar la calidad de vida tanto individual como familiar. Es así como la jornada estuvo enfocada en entregar una actualización, fortalecimiento y sensibilización a quienes como profesionales de la salud realizamos una labor diaria en esta área, sosteniendo una perspectiva bio-psico-social de cada ser humano, entendiendo que los cuidados paliativos se configuran como la base de la atención en salud. La jornada contó con el discurso de bienvenida del Director del

Hospital, Dr. Alberto Vargas, y la Subdirectora Médica, Dra. Cristina Fernández, además de los diversos expositores que se desempeñan en las Unidades de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos a nivel nacional.

Es necesario comprender que los cuidados paliativos permiten dar un manejo y alivio del dolor total, incorporando los aspectos físicos, emocionales, psicológicos, espirituales, sexuales, sociales y familiares, entre otros. Se hace junto a un equipo multidisciplinario e interdisciplinario, contribuyendo a mejorar la calidad de vida y bienestar integral, a través del manejo de síntomas y dignidad en todo el proceso de enfermedad de las personas que sufren enfermedades oncológicas. Y la esperanza está puesta en que, en un futuro cercano, se incorporen a los cuidados paliativos enfermedades crónicas no oncológicas, entendiendo que las personas necesitan una atención más profunda no solo desde el paradigma biomédico, sino también desde la necesidad de abordar el dolor psicológico y emocional.

"UNIDAD ALIVIO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS INT"

Directora Boletín
Carola Masson

Editora Boletín
Ana María Villagra

José Manuel Infante 717, Providencia
www.torax.cl

Instituto Nacional del TORAX

institutonacionaltorax

@Toraxchile

Participaron en la realización de este Boletín

Dr. Francisco Villanueva Andrade; Médico-cirujano, Universidad de Chile; Doctor en Ciencias Biomédicas, Universidad de Chile.

Ps. Andrea Ortiz Sanhueza, Psicooncóloga; Mg © Cuidados Paliativos, Docente del Diplomado de Psicooncología para Profesionales de la Salud, UDP.

Klga. Marjorie Valdés Araneda, Unidad de Kinesiología del INT Diplomada en Kinesiología Oncológica

Dr. Carlos Gallardo Araneda; Medicina Interna – Oncología Médica; Clínica Oncológica Fundación Arturo López Pérez.

Dr. José Miguel Zambrano, Medicina Intensiva, Unidad de Paciente Crítico INT, Medicina Paliativa, Unidad Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos, INT.

Klgo. Osvaldo Cabrera R; Especialista en Kinesiología Respiratoria; Coordinador Rama de Kinesiología Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias.

INSTITUTO NACIONAL DEL TORAX
ATENCIÓN DE EXCELENCIA AL SERVICIO PÚBLICO

CALIDAD EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN EN SALUD
ACREDITADO
SUPERINTENDENCIA DE SALUD