



RIDUNAJ
Repositorio Institucional
Digital UNAJ



Universidad Nacional
ARTURO JAURETCHE

Tesis de Grado

Benítez, Gonzalo

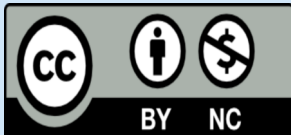
Atención Kinésica en pacientes con Cáncer de Pulmón en estado terminal

2022

Instituto de Ciencias de la Salud

Carrera: Licenciatura en Kinesiología y

Fisiatría



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons.

Atribución – No comercial 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Benítez, G. (2022). *Atención Kinésica en pacientes con Cáncer de Pulmón en estado terminal* [Tesis de Grado, Universidad Nacional Arturo Jauretche]. <https://rid.unaj.edu.ar/handle/123456789/2937>

TESINA DE GRADO

Presentado para solicitar su inscripción en el marco normativo vigente de la
carrera de

LICENCIATURA EN KINESIOLOGIA Y FISIATRIA

Título:

**“Atención Kinésica en pacientes con Cáncer de Pulmón en estado
terminal”**

Autor:

Benítez Gonzalo

Legajo: 5442

Director:

Lic. Alessandro Damián

Fecha de presentación:

04/04/2022

Firma de Autor

AGRADECIMIENTOS

En primera instancia quiero agradecer a la Universidad Nacional Arturo Jauretche y a los docentes que se desempeñan en la misma, por darme la posibilidad de formarme en esta profesión, a mi tutor Lic. Alessandro Damián, por acompañarme y guiarme durante el proceso de la elaboración de este trabajo, y a mi familia, amigos y compañeros por el apoyo que me proporcionaron durante todo este largo camino.

Índice

I.	Introducción	3
II.	Objetivos	6
II a.	General	6
II b.	Específico	6
III.	Justificación	7
IV.	Marco teórico	8
IV.a.	Los pulmones	8
IV.b.	Cáncer	9
IV.c.	Cáncer de pulmón	10
IV.c.1	Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC por sus siglas en ingles).	11
IV.c.2.	Estadios para cáncer de células pequeñas (SCLC)	16
IV.d.	Cuidados paliativos	18
IV.e.	Métodos de diagnósticos	20
IV.d.	Fisioterapia	23
IV.d.1.	Fisioterapia paliativa	24
V.	Métodos	25
V.a.	Búsqueda de artículos	26
VI.	Desarrollo	27
VI.a.	Síntomas	28
VI.b.	Metástasis	29
VI.c.	Paciente terminal	30
VI.c.1.	Rol del kinesiólogo	31
VI.c.2.	Cambios en el tratamiento	38
VI.c.3.	Equipo multidisciplinario	39
VII.	Conclusión	40
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	42

I. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó que, en el año 2015, el cáncer fue una de las principales causas de muerte a nivel mundial. Se le atribuyeron 8,2 millones de muertes, de los cuales el 75% provinieron del continente africano; luego Asia, América Central y finalmente Sudamérica. Así mismo, se proyecta que, para las próximas dos décadas estas cifras aumentarán a 14 millones⁽¹⁾. La causa más común serán las neoplasias de pulmón.

El hecho de que el número de personas con cáncer vaya en aumento está relacionado con el incremento de la expectativa de vida y también por la exposición de los individuos a productos potencialmente cancerígenos que, como resultado, desencadena la actividad de las células tumorales. Estas se comienzan a replicar sin control y provocan el avance de la enfermedad⁽²⁾.

El desarrollo científico y tecnológico es el causante del aumento de la expectativa de vida de las personas, hay una mayor sobrevida, pero también trae una gran cantidad de secuelas, ya sea, por la enfermedad en sí o por el propio tratamiento farmacológico al que la persona está sometida. El paciente oncológico en estado paliativo puede presentar trastornos o disfunciones sistémicas, como ejemplo, afecciones respiratorias, circulatorias, trastornos musculo esqueléticos y síntomas como el dolor. El origen de la palabra paliativa es la palabra latina “pallium”, que significa manto o cubierta; hace alusión al acto de aliviar síntomas o sufrimiento⁽³⁾. Se entiende al cuidado paliativo (CP) como toda acción orientada al cuidado permanente e integral del paciente, pero sin esperar la regresión de la patología. El objetivo que persigue este tipo de tratamiento es mantener la calidad de vida dentro de los mejores parámetros al que se pueda aspirar para cada paciente y disminuir, de esta forma, la carga emocional tanto para el paciente como para los familiares. Esto se lleva a cabo mediante el control del dolor, la atención del proceso de agudización de los síntomas y la mantención de la condición física del paciente. Este tipo de cuidados no tiene un fin curativo, comienza desde el momento que se diagnostica a la persona con cáncer y continúa, aunque el

tratamiento haya concluido, para prevenir o tratar lo antes posible los síntomas de la enfermedad o efectos secundarios provocados por el tratamiento.⁽⁴⁾⁽¹⁾

A lo largo del tiempo, la medicina fue cambiando. Hasta el siglo XIX, los tratamientos estaban basados en atender los síntomas, mientras la enfermedad seguía con su curso natural. En el siglo XX, este paradigma cambió. Los esfuerzos se concentraron en descubrir las causas y la búsqueda de curas para las enfermedades, de tal manera que, con los avances científicos y tecnológicos, aumentaron la expectativa de vida de las personas con enfermedades terminales. De esta forma, la medicina se centró en lograr una mayor sobrevida, pero sin poner énfasis en la calidad de vida de las personas.

En 1980 la OMS incorporó oficialmente el concepto de CP y promovió un programa sobre el control de cáncer, basado en CP. En 1989, la OMS reconoció que éstas prácticas son un modo de abordar la enfermedad avanzada e incurable y que pretenden mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares.⁽¹⁾ Los CP se realizan con la intervención de un equipo interdisciplinario conformado por médicos, kinesiólogos, enfermeros, psicólogos, acompañantes terapéuticos, fonoaudiólogos, terapia ocupacional y asistentes sociales, entre otros profesionales. Es fundamental que el equipo tenga buena comunicación, para estar bien informados acerca de la evolución del paciente portador de cáncer, y tomar conductas a partir de ello.

En líneas anteriores se afirmó que, el cáncer de pulmón, es el de mayor prevalencia a nivel mundial. La siguiente pregunta es la que guía el presente trabajo ¿La atención kinésica produce algún beneficio en el paciente con neoplasia pulmonar en estado terminal que recibe cuidados paliativos?

En los últimos años hubo un gran avance en relación al tratamiento quirúrgico del cáncer pulmonar, lo que condujo al aumento de la sobrevida en este tipo de pacientes, sin embargo, se dejó de lado la instancia post-quirúrgica. Cuando se menciona la instancia post-quirúrgica, se hace referencia a la rehabilitación para mejorar la calidad de vida del paciente y asegurar su participación en el entorno social. Además, resulta de vital importancia que el dolor sea tenido en cuenta en este tipo de pacientes, especialmente al momento de la rehabilitación. Por ejemplo, se debe tener cuidado en respetar los límites que impone la fatiga en este

tipo de enfermos. Por este motivo el kinesiólogo que esté a cargo de la rehabilitación de estos pacientes debe estar capacitado para saber interpretar el contexto y responder al mismo. Así también, debe tener la capacidad de evaluar y analizar cómo continuar con el tratamiento, dentro del marco interdisciplinario y las variantes que pueden surgir, ya sea, por la propia evolución de la enfermedad o por la causa de las complicaciones que pueden producirse a lo largo del tratamiento.

La atención kinésica del paciente con cáncer de pulmón en estado terminal se basa en diversos cuidados tanto respiratorios como de las funciones motoras; se busca mejorar la calidad de vida del enfermo, retrasando la disnea, evitando o disminuyendo la fatiga, se lo acompaña todo el recorrido de la enfermedad asistiendo al enfermo y brindándoles pautas de cuidado a los familiares.⁽⁵⁾

En el siguiente trabajo se tomarán en cuenta pacientes adultos que se encuentren en estado de cuidados paliativos a causa del cáncer de pulmón, ya sea de células pequeñas o no pequeñas, siendo esta última la más frecuente.

II. Objetivos

II a. General

El objetivo general del trabajo de investigación es realizar una revisión bibliográfica sobre la influencia del tratamiento kinésico en cuidados paliativos de pacientes adultos con cáncer de pulmón en busca de mejorar su calidad de vida.

II b. Especifico

- Analizar cómo influye el tratamiento kinésico en un paciente adulto con cáncer pulmonar que se encuentra en cuidados paliativos.
- Analizar si la atención kinésica produce algún cambio sobre la calidad de vida del paciente con cáncer de pulmón en cuidados paliativos.
- Analizar la bibliografía existente hasta el momento
- Revisar los conceptos de cáncer de pulmón y cuidados paliativos.
- Identificar los síntomas y disfunciones sistémicas que presentan los pacientes con cáncer de pulmón en estado terminal.
- Determinar pautas para mejorar la calidad de la atención de los pacientes con cáncer de pulmón.

III. Justificación

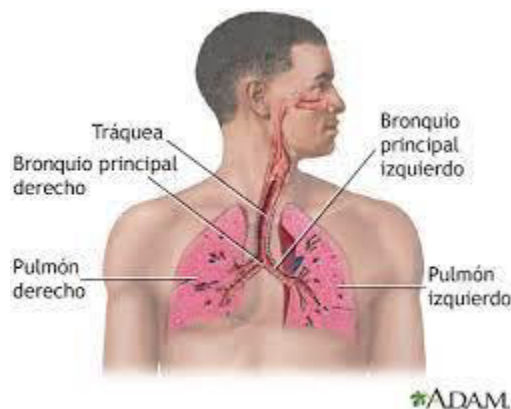
Los pacientes con cáncer de pulmón en cuidados paliativos requieren de un abordaje interdisciplinario, si bien, el tratamiento farmacológico es fundamental, el tratamiento kinésico es complementario y de vital importancia dentro del equipo, si bien, el trabajo que realiza el kinesiólogo dentro del equipo que atiende a este tipo de pacientes es muy importante, en ocasiones no es tenido en cuenta o no se conoce las herramientas con las que cuentan para asistir a personas que están cursando este tipo de enfermedad, por este motivo requiere de mayor difusión.

Esta revisión tiene como finalidad aportar conocimiento a la labor del kinesiólogo en este campo, así también, proveer de herramientas para el manejo de estos pacientes y obtener mejores resultados. Para ello se considera relevante realizar una revisión bibliográfica científica para qué aporte mejoras al tratamiento kinésico en esta patología y así optimizar el desempeño dentro del equipo interdisciplinario y con esto mejorar la calidad de vida del paciente.

IV. Marco teórico

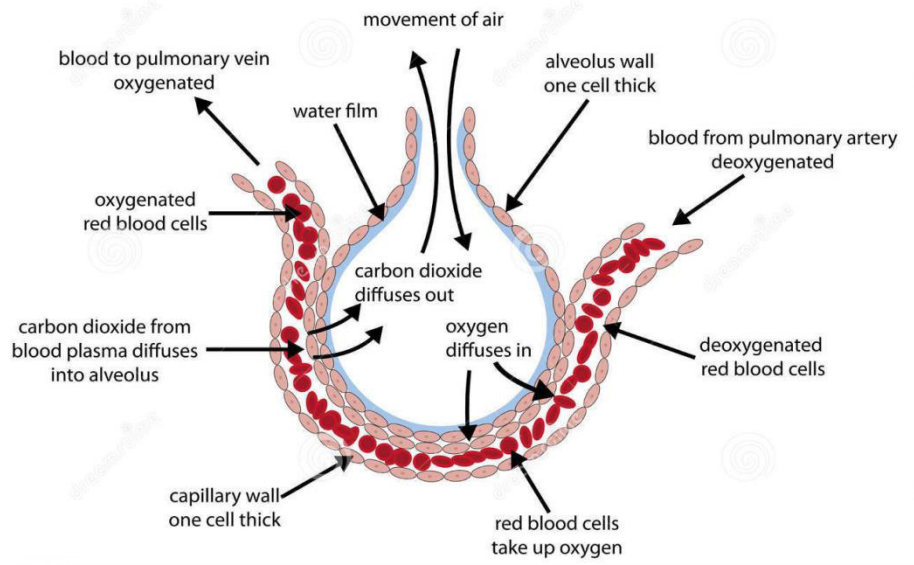
IV.a. Los pulmones

Los pulmones son órganos pertenecientes al sistema respiratorio, se ubican en el tórax, a ambos lados del corazón, están recubiertos por una membrana llamada pleura, la cual se divide en dos, la visceral que es la interna y la parietal la externa; los pulmones se encuentran protegidos por la caja torácica formada por las costillas, las cuales forman una jaula junto con la columna hacia posterior y el esternón hacia anterior, están separados por el mediastino, dentro de los pulmones se produce el intercambio gaseoso, permitiendo que ingrese el oxígeno y eliminando el dióxido de carbono.



Al inhalar el oxígeno ingresa por nariz o por la boca, desciende por la laringe y faringe y se dirige a la tráquea que se divide en dos bronquios principales en la Carina, para luego continuar dividiéndose en bronquiolos donde el oxígeno pasa para llegar a los alveolos donde se realiza el intercambio de gases.

Function of the Alveolus in the Lungs



En la imagen se puede observar el movimiento del aire donde ingresa el oxígeno y es captado por los glóbulos rojos que vienen por la arteria desoxigenada y siguen circulando por la venas ahora ya con la sangre oxigenada, en ese intercambio es difundido hacia el exterior el dióxido de carbono. Este intercambio se da gracias a los cambios de gradientes de presiones que se da en el mecanismo de la respiración, la cual es producida principalmente por la contracción del diafragma, el cual al contraerse y descender arrastra con él a la base de los pulmones produciendo una presión negativa, la cual favorece la entrada de oxígeno.

IV.b. Cáncer

El cáncer es la segunda causa de muerte a nivel mundial, encontrándose entre los principales, las neoplasias de pulmón, esto puede deberse en gran medida a causa del tabaquismo que es el principal factor de riesgo, ocasionando el 22 por ciento de las muertes por cáncer a nivel mundial. ⁽⁶⁾ Otros factores que predisponen a dicha enfermedad son la exposición a carcinógenos como el amianto, uranio, arsénico y derivados del petróleo; respirar aire contaminado y la predisposición genética.

Este tipo de cáncer es el que causa más muerte en el mundo por encima de otros cánceres con más incidencia en la población general como el de Colon o el de mama, ya que su detección en etapas tempranas es muy difícil y el 90 % de los casos se detectan en estados muy avanzados donde ya no hay tratamiento eficaz. En las últimas décadas se descubrió que si se logra evitar el tabaquismo, se puede disminuir un alto porcentaje de las probabilidades de contraer carcinoma pulmonar.

Desde el 2001 según varios informes han demostrado que la mortalidad femenina ha aumentado por ocho debido al cambio de hábito, con respecto al consumo de tabaco.

Uno de los principales síntomas es la tos con o sin expectoración, a la cual muchas veces no se le da la importancia necesaria, ya que, el consumo de tabaco la produce por sí sola, los pacientes son diagnosticado de bronquitis aguda o enfermedad pulmonar obstructiva crónica; otros síntomas que se encuentran en pacientes con cáncer de pulmón son: disnea, sibilancia, disfonía, dolor en el tórax que aumenta en la inspiración y también se puede dar hemoptisis.

Cuando la enfermedad se encuentra en un estado avanzado se le suman síntomas comunes en muchos tipos de cánceres, ellos son; la pérdida de peso, falta de apetito, fatiga, defensas bajas y fiebre. Si la enfermedad se ha diseminado por el resto del organismo se llama metástasis, en el caso del cáncer de pulmón afecta principalmente al cerebro, el hígado, glándulas suprarrenales y los huesos; manifestando dolor de cabeza, convulsiones, vómitos, déficit neurológico, debilidad y dolor óseo.

IV.c. Cáncer de pulmón

Es una enfermedad mortal debido a síntomas inespecíficos en estados tempranos, para cuando el paciente acude a la consulta generalmente la enfermedad se encuentra en un estadio IIIB o IV cuando hablamos de cáncer de pulmón de células no pequeñas; a continuación paso a detallar como es la clasificación de estadios.

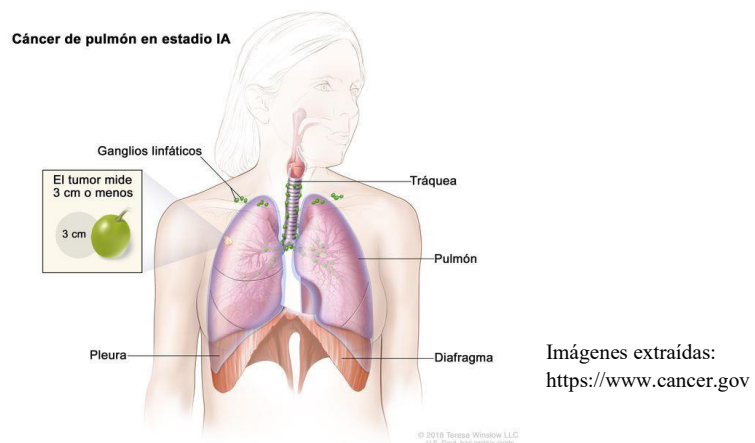
IV.c.1 Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC por sus siglas en ingles).

El cáncer de células no pequeñas utiliza el sistema de TNM donde se representan el tamaño y la ubicación del tumor, la ubicación de cáncer en los nódulos linfáticos y si el cáncer se ha diseminado y hasta donde.

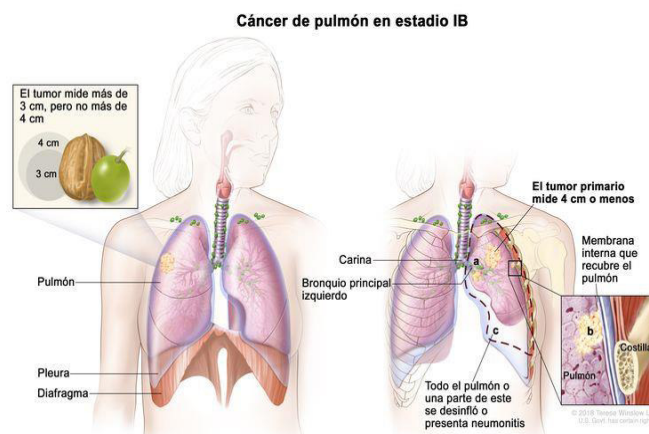
- El numero T aumenta a medida que el tumor crece y que tan cerca esta de las principales estructuras del tórax como las grandes vías respiratorias, también aumenta si crece en estructuras como el corazón, en importantes vasos sanguíneos, o tejidos fuera del pulmón.
- El numero N indica si el cáncer se ha diseminado a los nódulos linfáticos. Se utiliza los estudios por imágenes como PET (tomografía por emisión de positrones) para encontrar posibles nódulos linfáticos afectados, el nódulo linfático está clasificado con N₁ si el cáncer de los nódulos linfáticos está localizado en el mismo lado del tumor primario del pulmón. La clasificación N₂ significa que el cáncer se ha diseminado a la parte media del tórax (mediastino). La clasificación N₃ significa que el cáncer se ha diseminado al lado opuesto del pulmón o fuera del tórax. La clasificación N₀ significa que no se ha encontrado células cancerosas en los nódulos linfáticos.
- La M indica que metástasis se ha diseminado en el cuerpo y está creciendo en otros tejidos u órganos, el estadio M se basa si el cáncer se ha diseminado y hacia dónde. Al igual que en los estudios de los nódulos linfáticos, las imágenes de estudio puede ayudar a detectar si el cáncer se ha diseminado, pero una biopsia es a menudo la mejor manera de averiguarlo

5 estadios

- Estadio 0: se denomina “enfermedad in situ” cuando el cáncer se encuentra en el lugar, no ha invadido tejidos cercanos ni se ha diseminado fuera del pulmón.
- Estadio I: cuando el tumor pequeño no se ha diseminado a ningún ganglio linfático, lo que hace posible que el cirujano lo extirpe completamente. El estadio I se subdivide en 2 sub-estadios en función de tamaño del tumor.
 - Los tumores en estadio IA tiene 3 centímetros o menos. Y se subdivide según el tamaño de tumor en IA1, IA2 o IA3.



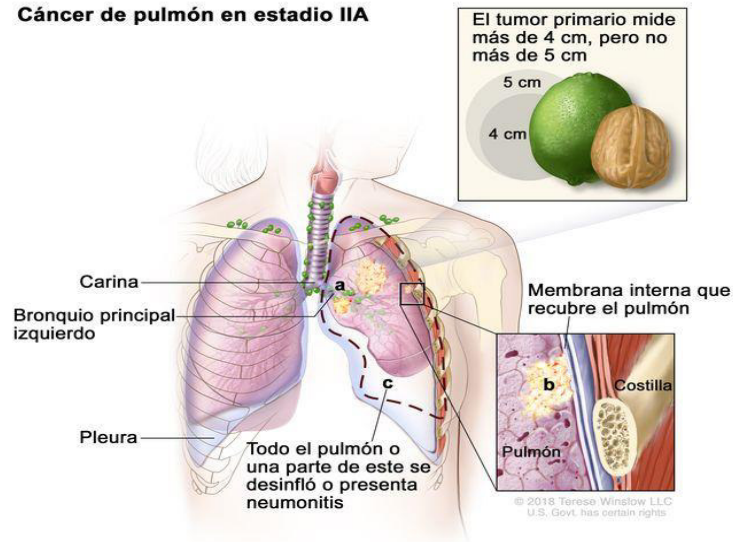
- Los tumores en el estadio IB tienen más de 3 cm menos de 4 cm de diámetro.



- Estadio II: el estadio II se divide en 2 sub-estadios.

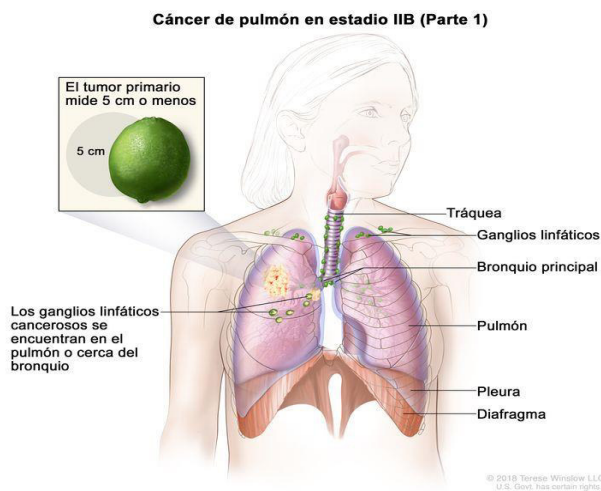
- Un cáncer en estadio IIA: describe a un tumor de 4 a 5 cm que no se ah diseminado a los ganglios linfáticos cercanos.

Cáncer de pulmón en estadio IIA

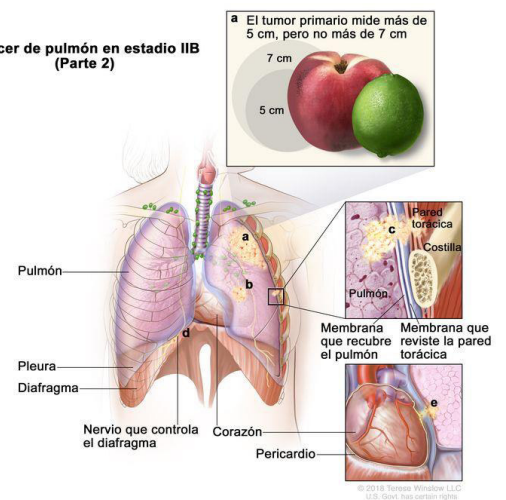


- Un cáncer en estadio IIB: describe un tumor que mide 5 cm o menos que se ha diseminado a ganglios linfáticos, también puede ser un tumor mayor a 5 cm de ancho pero que no se ha diseminado a los ganglios linfáticos.

Cáncer de pulmón en estadio IIB (Parte 1)



Cáncer de pulmón en estadio IIB (Parte 2)

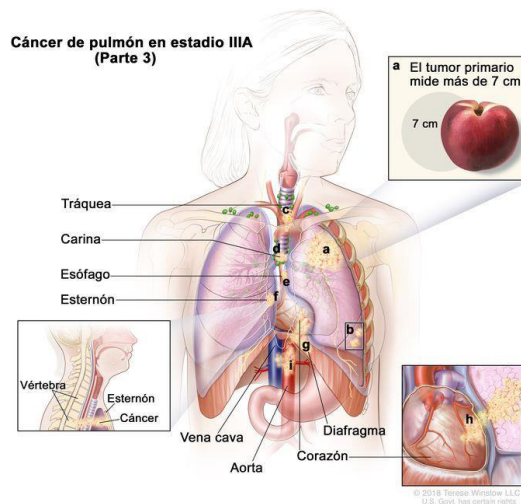
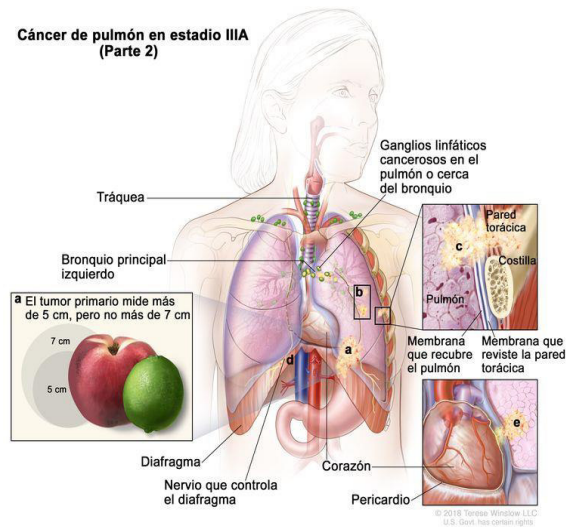
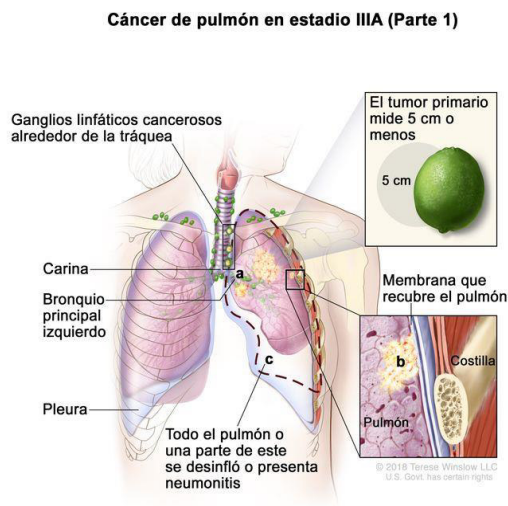


En ocasiones los tumores en estadios II pueden ser extirpados quirúrgicamente, en otras se necesita más tratamientos.

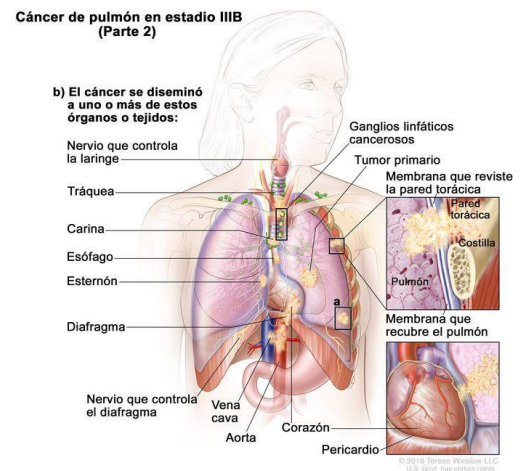
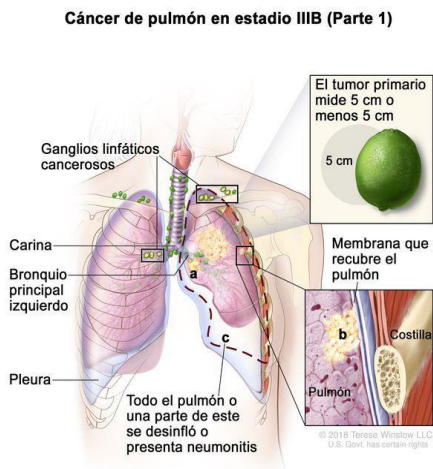
- Estadio III: el cáncer de pulmón en este estadio se divide en 3 sub-estadios: IIIA, IIIB y IIIC dependiendo del tamaño y a que ganglios linfáticos se disemino. En este estadio no se disemina a otra parte del cuerpo.

En estos estadios es muy difícil y en ocasiones imposible que el cirujano pueda extirpar el tumor, ya que, se pudo haber diseminado a ganglios linfáticos en el centro del tórax, fuera del pulmón, o bien puede haber invadido estructuras cercanas al pulmón.

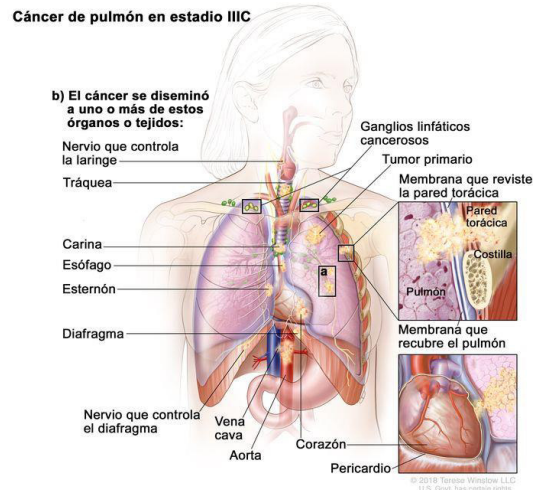
Estadio IIIA:



Estadio IIIB:



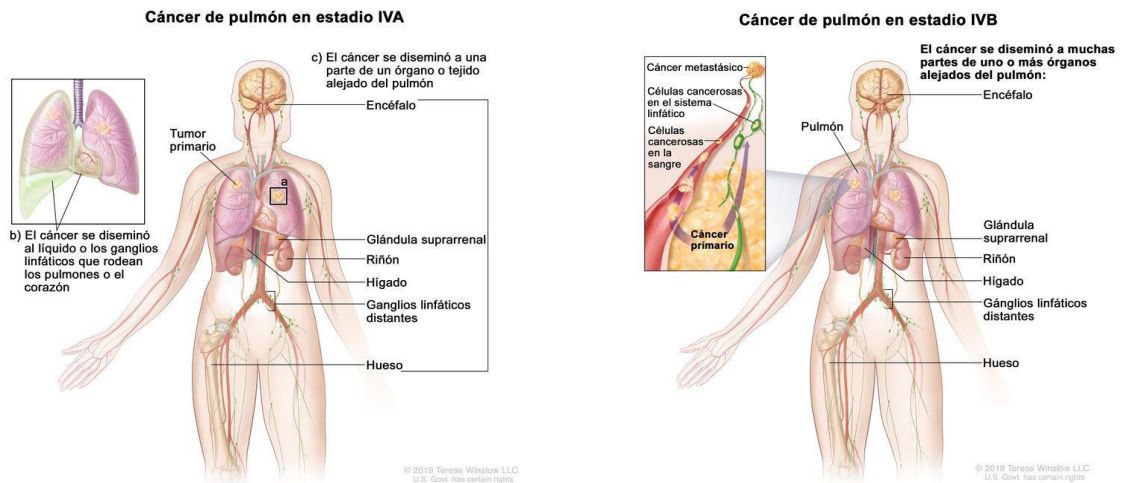
Estadio IIIC:



- **Estadio IV:** en este estadio significa que el cáncer se ha diseminado a más de 1 área en el otro pulmón, al líquido que rodea al pulmón o el corazón, o a partes distantes del cuerpo a través del torrente sanguíneo, una vez que llega a la sangre se puede diseminar por cualquier parte del cuerpo. sin embargo lo más probable es que se disemine al cerebro, los huesos, el hígado y las glándulas suprarrenales.

El estadio IV se divide en 2 sub-estadios:

- El cáncer en estadio IV A: se ha diseminado dentro del tórax y/o a 1 área fuera del tórax.
- El cáncer en estadio IV B: se ha diseminado fuera del tórax a más de un lugar en 1 órgano o a más de 1 órgano.

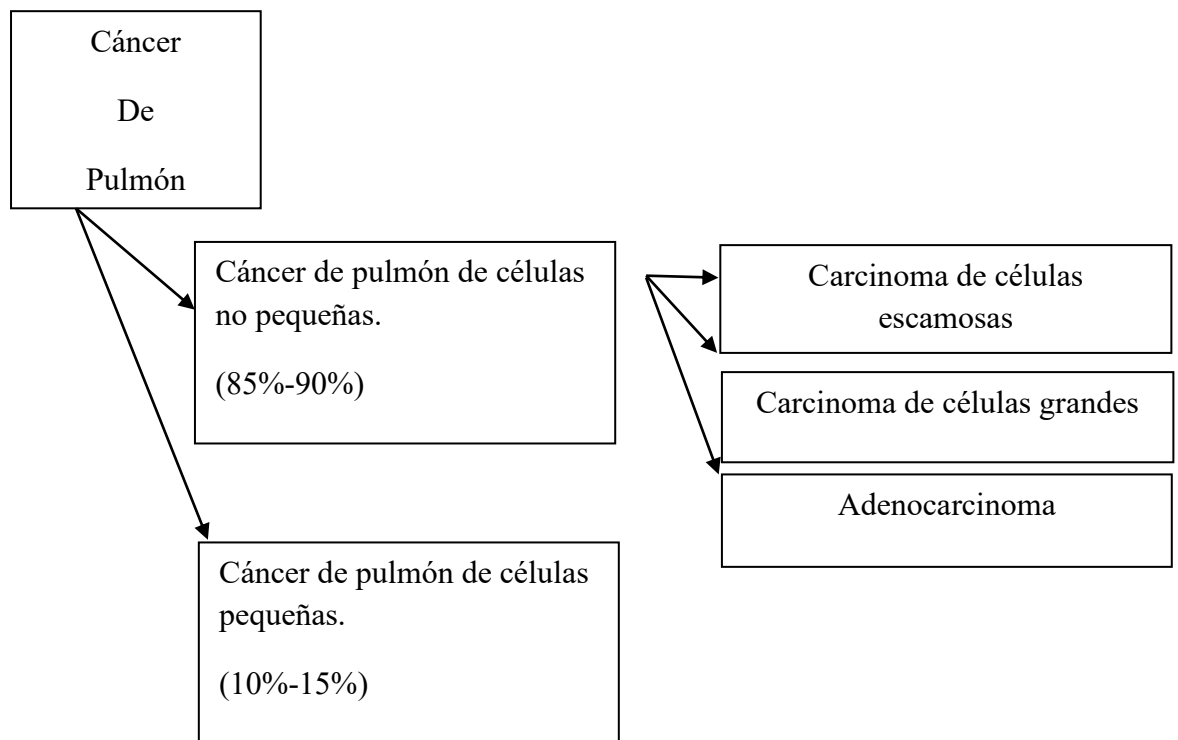
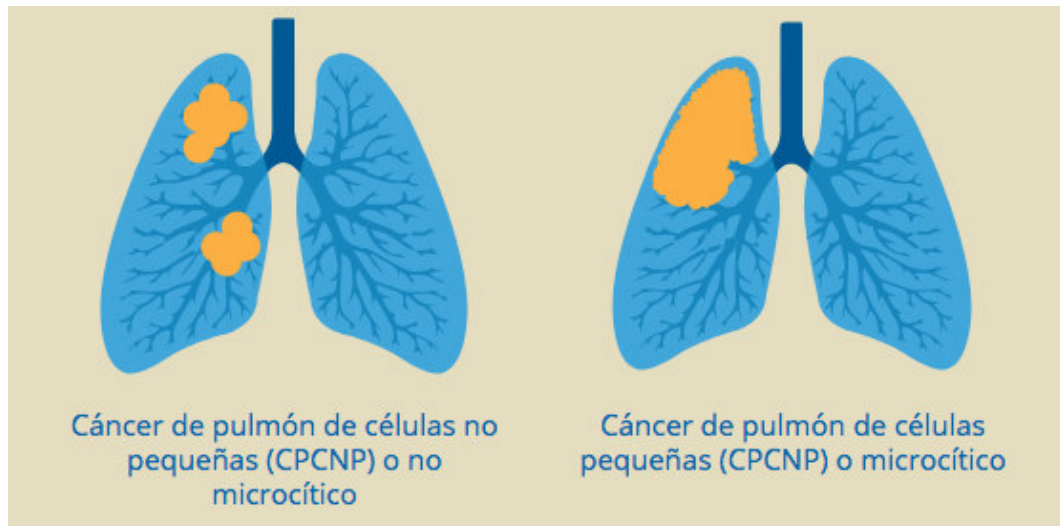


La tasa de supervivencia estimada para el cáncer de pulmón a los 5 años es en estadio IA del 82%, IB del 66%, IIA del 52%, IIB del 47%, IIIA del 36%, IIIB 19% y IV del 6%, según estimaciones de la asociación internacional para el estudio del cáncer de pulmón (IASCC, del inglés international association for the study of lung cancer) de 2015.

IV.c.2. Estadios para cáncer de células pequeñas (SCLC)

El cáncer de células pequeñas se divide en 2 clasificaciones: limitado-extendido.

- Limitado: cuando el cáncer de pulmón es reducido en un solo lado del tórax.
- Extendido: ocurre cuando el cáncer de pulmón se ha extendido hacia otras partes del tórax o a otros órganos como el cerebro o el hígado.



Cáncer de células no pequeñas

- **Carcinoma de células escamosas**

Se ubican en la parte central de los bronquios principales, es el más ligado a la causa del tabaquismo, es de propagación lenta, originándose en las células escamosas, su principal síntoma es la tos persistente y dificultad al respirar.

- **Carcinoma de células grandes**

Es el de menos frecuencia de todos los cánceres de pulmón, se lo llama así por el gran tamaño de las células que lo forman, también se lo asocia a fumadores de tabaco y es de localización periférica, es una neoplasia epitelial maligna, se caracteriza por tener histológicamente células poligonales, con un núcleo vesiculoso y gran nucléolo; se presentan como grandes masas adyacentes, con frecuentes aéreas de neumonitis asociada, también provoca derrame pleural, dolor torácico, tos y disnea por obstrucción inflamatoria.

- **Adenocarcinoma**

Es el subtipo mas predominante dentro de cáncer de pulmón de células no pequeñas, es de localización periférica, a diferencia de los demás este tipo de cáncer de presenta en personas no fumadoras, se presenta en mayor frecuencia en mujeres que en hombre y en personas jóvenes, en este subtipo de cáncer sus células se asemejan a glándulas segregan moco dentro del pulmón, crecen de forma rápida y masiva, obstruyendo el lumen, dificultando la respiración, puede provocar derrame pleural

Cáncer de pulmón de células pequeñas

Es el más agresivo y son de peor pronóstico, ya que al momento de su diagnostico se da cuando ya se encuentra avanzada.

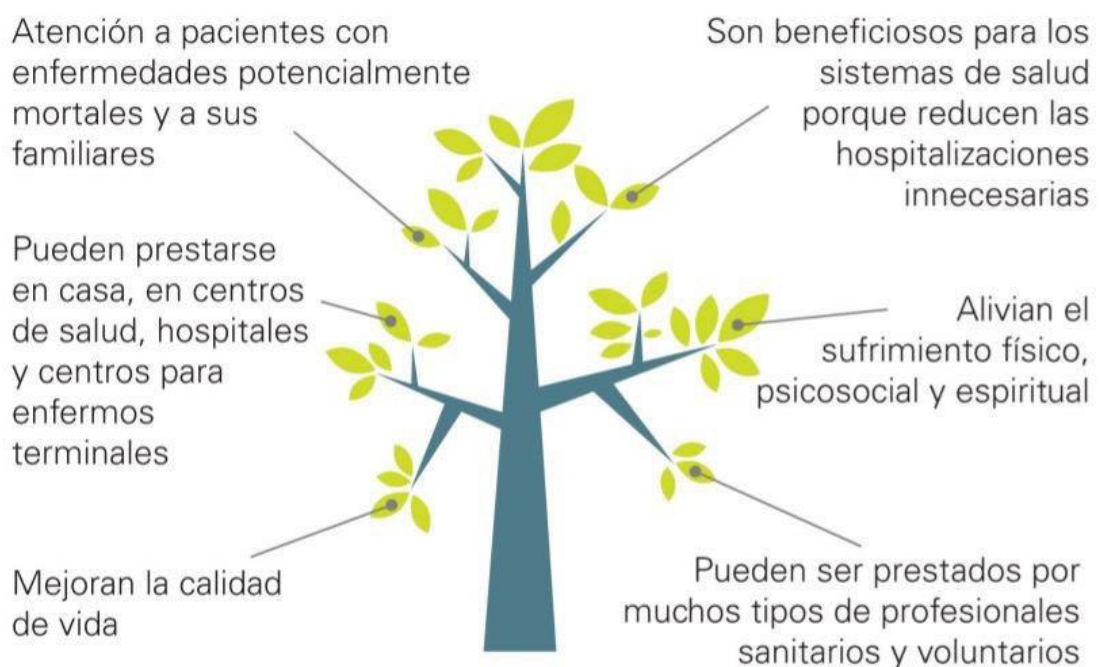
IV.d. Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos (CP) son proporcionados por el equipo salud en busca de una mejora en la calidad de vida del paciente y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. ⁽⁷⁾ No solo sus padecimientos son de índole físico, sino que también psicológico, social o espiritual. Su objetivo es mitiga los síntomas y efectos secundarios que padece el

paciente que tiene una enfermedad grave como es en este caso el cáncer de pulmón.

Los cuidados paliativos se pueden dar en varias etapas diferentes de una enfermedad grave, para poder disminuir los malestares provocados por la enfermedad o por su tratamiento, en el caso de este trabajo se tendrá en cuenta los cuidados que se dan en el final de la vida; dicha atención se brinda a través de un grupo especializado compuesto por varios profesionales de distintas disciplinas que trabajan en conjunto, para aliviar el padecimiento del enfermo que se encuentra cursando la última etapa de la enfermedad.

La atención de enfermos terminales se proporciona cuando no se está dando un tratamiento curativo para la enfermedad grave. En este caso la palabra “tratamiento” significa únicamente la mitigación de los síntomas y de los efectos secundarios ⁽⁴⁾.



IV.e. Métodos de diagnósticos

En muchas ocasiones en etapas iniciales de la enfermedad no presenta sintomatología, por este motivo suele suceder que el enfermo se entere que tiene la enfermedad de manera sorpresiva al hacerse algún control de rutina, por ejemplo al hacerse una Rx y observar alguna anomalía que haga que se solicite otros estudios con mayor complejidad para poder diagnosticar con exactitud.

- Rx de tórax: es seguramente el primer estudio que el médico va a solicitar, utilizando los rayos x de frente y perfil para ver si hay algo anormal, antes de pedir otros estudios que pueden ser más costosos, o más agresivo para con el paciente.



- Tomografía axial computada (TAC): utiliza los rayos X para tomar varias imágenes transversales para luego combinarlas para mostrar la sección del cuerpo que se está estudiando.

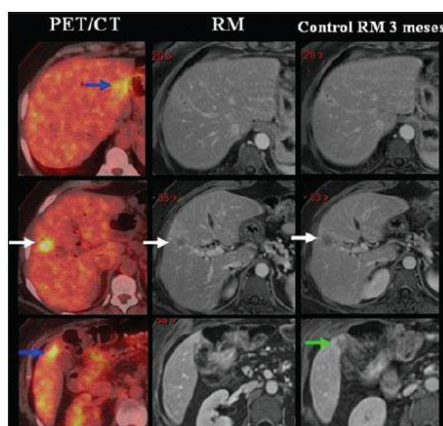
Se puede utilizar la tomografía computada para realizar una biopsia en los lugares alejados de la superficie y se utiliza la TAC para guiarse y así poder tomar parte del tejido para realizar el estudio.



- Resonancia magnética: al igual que la tomografía realiza la toma de muchas imágenes para luego poder combinarlas para su mejor estudio, pero no utiliza los Rx para realizarlo, sino que utiliza ondas de radio e imanes potentes, es más utilizado para buscar metástasis en cerebro o en medula espinal.



- Tomografía por emisión de positrones (PET): este tipo de estudio de realiza inyectándole al paciente un tipo de azúcar ligeramente radiactiva (fluorodeoxiglucosa), la cual se acumula en las células cancerosas. En muchas ocasiones se combina la PET con la tomografía computarizada (TC), un estudio híbrido, donde el médico oncólogo puede observar las partes donde se produce mayor radioactividad junto con una imagen más detallada que si fuera solo la TC. Es el estudio más utilizado en pacientes con cáncer de pulmón ⁽⁸⁾ . Este tipo de estudio se utiliza para observar si hay metástasis en otras partes del cuerpo.



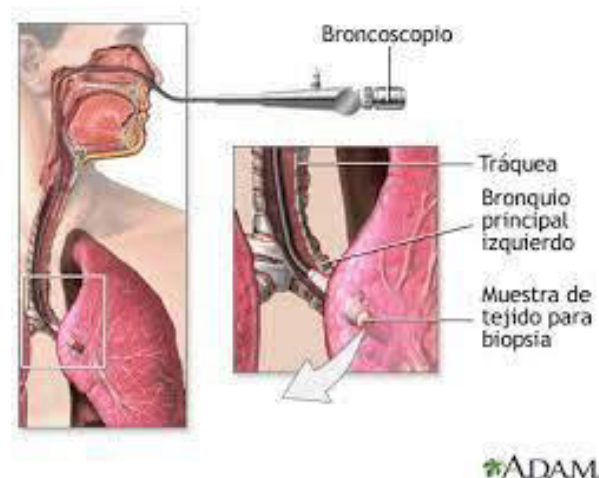
En la imagen de puede observar la comparación de una imagen obtenida con PET/TC donde se puede observar donde hay mayor reactividad y una resonancia magnética.

- Gammagrafía ósea: es un método de estudio donde se inyecta una pequeña cantidad de material de baja radioactividad que se acumula en los huesos, se utiliza para ver si hay metástasis ósea, este método se utiliza si es que no se realizó PET ya que este estudio mostraría si la metástasis llegó a los huesos.

El radiotransductor se inyecta en la vena y emite radiación gamma a medida que decae. La gammacámara rastrea el área de radiación y crea una imagen.



- Biopsia por broncoscopia: se utiliza un broncoscopio para ingresar a las vías aéreas, contiene una luz y una aguja de biopsia, la cual va a permitir al médico observar el estado en el que se encuentra el tejido y tomar una muestra para realizar un examen, también puede ser acompañado con un lavado broncoalveolar.



- Citología del esputo: se toma una muestra de la mucosidad del pulmón al toser, de preferencia la matinal y por tres días consecutivos, esa muestra se analiza en el laboratorio para buscar células cancerosas, puede ser efectiva para cáncer de tipo escamoso, no así para otros tipos de cáncer de pulmón.



IV.d. Fisioterapia

En 1958 la organización mundial de la salud, define a la fisioterapia “como el arte y la ciencia por medio del ejercicio terapéutico, calor, frío, agua, masaje y electricidad que tiene como fin prevenir, readaptar y rehabilitar al paciente susceptible al tratamiento físico”⁽⁹⁾.

La fisioterapia o kinesiología como se conoce en el país donde nos encontramos es una profesión cuyo propósito fundamental es la promoción de salud utilizando todas las herramientas que están a su alcance para prevenir, curar, rehabilitar y adaptar a personas afectadas de disfunciones somáticas o a las que se desea mantener en un nivel adecuado de salud, los fisioterapeutas ayudan a las personas a maximizar su calidad de vida, atendiendo a aspectos físicos, psicológicos, emocionales y sociales.⁽¹⁰⁾ La práctica del fisioterapeuta implica la interacción del profesional con los pacientes, familiares y profesionales de otras especialidades para la evaluación del potencial de movimiento y en el establecimiento de metas y objetivos acordados utilizando conocimientos y habilidades exclusivas de los fisioterapeutas.⁽¹¹⁾

IV.d.1. Fisioterapia paliativa

Se entiende la fisioterapia paliativa como la atención del fisioterapeuta que se da a un paciente que se encuentra cursando una enfermedad grave y en muchos casos incurable. En este trabajo cuando hablamos de dicha terapia la vamos a considerar como la atención que le da el kinesiólogo a un paciente que esta transitando el final de su vida, donde lo que se busca es mantener la funcionabilidad y que pueda ser lo más autónomo posible, tratando de no provocar mayor padecimiento del que ya está teniendo debido a su enfermedad; se lo trata brindándole ejercicios y pautas de trabajo, no solo al paciente sino también a la familia o al/los cuidador/res que lo acompañan.

Al paciente se lo acompaña todo el camino que transcurra su enfermedad haciendo hincapié en la función respiratoria, sin dejar de lado las funciones motoras, las movilizaciones, el cuidado de los decúbitos, evitando o retrasando la fatiga, ya que el paciente a medida que la enfermedad avanza y va tomando el pulmón disminuyen el espacio para realizar el intercambio de aire, el enfermo comienza a presentar fatiga en reposo, con solo moverlo para cambiarlo o rotarlo en la cama, se agita, tiene esa sensación de ahogo, baja su saturación, en esos momentos se habla con el resto del equipo que asiste al paciente, ya pensando en aumentar la administración de fármacos como lo es la morfina, para disminuir el padecimiento que está sufriendo el paciente, al cual se lo va sedando entendiendo que se encuentra transitando el final de su vida.

V. Métodos

En el trabajo de investigación se realizará una revisión bibliográfica utilizando las bases de datos Pubmed, Biblioteca Virtual en Salud y la Biblioteca Electrónica de ciencia y tecnología del MinCyT. En el periodo que comprende desde el año 2009 al año 2019.

Para la revisión bibliográfica se utilizarán las palabras nombradas en el siguiente cuadro:

Numero	Termino libre	Termino DeCS	Termino MeSH
1	Dolor en cáncer	“Dolor en cáncer”	"Cáncer Pain"
2	Calidad de vida	“Calidad de vida”	"Quality of Live"
3	Cuidado terminal	“Cuidado terminal”	“Terminal Care”
4	Cuidado paliativo	“Cuidado paliativo”	“Palliative Care”
5	Fisioterapia	“Fisioterapia”	“Physical Therapy”
6	Neoplasia pulmonar	“Neoplasia pulmonar”	"Lung Neoplasms"
7	Técnicas de fisioterapia	“Modalidades de Terapia Física”	“Physical Therapy Modalities”
8	Terapia respiratoria	“Terapia Respiratoria”	“Respiratory Therapy”

Para la búsqueda se realizaron las siguientes combinaciones:

- “3” AND “6”.
- “7” AND “6”AND “4”.
- “8” AND “6”.

V.a. Búsqueda de artículos

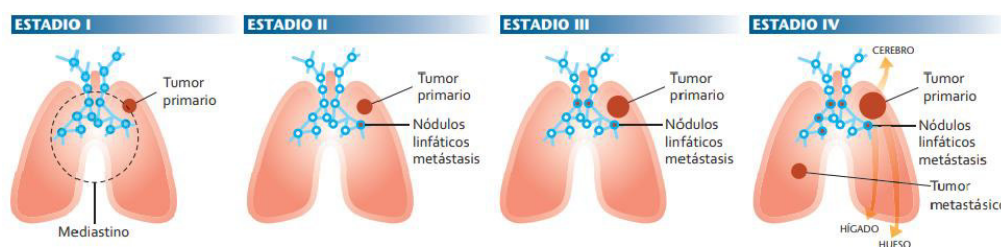
COMBINACIONES	CANTIDAD DE ARTICULOS
COMBINACION N°1	291
COMBINACION N°2	8
COMBINACION N°3	300

Se comenzó con la búsqueda usando las diferentes combinaciones detalladas anteriormente donde se recolectó un total de 599 artículos luego se realizó una pre-selección crítica de los artículos, siendo descartados los que no cumplían con los criterios de búsqueda de esta revisión bibliográfica y eliminando los duplicados quedaron preseleccionados un total de 59 artículos posteriormente se realizó una última revisión para ver que los artículos se encuentren dentro de los criterios buscados y esto arrojó un total de 10 artículos seleccionados que cumplen con lo buscado de acuerdo con los objetivos propuestos en este trabajo.

VI. Desarrollo

El cáncer de pulmón (incluye tráquea y bronquios) es el cáncer más comúnmente diagnosticado a nivel mundial representando el 13% de todos los nuevos casos de cáncer, siendo excluido el cáncer de piel no melanoma. ⁽¹²⁾ En América central y sur representa en hombres el segundo lugar de cánceres más comunes detrás del cáncer de próstata y en mujeres el cuarto lugar. ⁽¹²⁾

El aumento global del cáncer de pulmón está asociado al envejecimiento de la sociedad y a factores de riesgo como el tabaquismo y la falta de actividad física; mas de la mitad de los casos ocurre a personas mayores de los 65 años, en la mayoría de los casos se detecta en estados avanzados, ya que, al principio no presenta síntomas o son muy leves y los pacientes no le dan importancia, cuando hablamos de estado avanzado de la enfermedad nos referimos que se encuentra en un estadio III o IV si se refiere a cáncer de células no pequeñas y en cáncer de células pequeñas se divide en limitado o extendido, siendo este ultimo de peor pronóstico.



We help the world breathe®
PULMONARY • CRITICAL CARE • SLEEP

Am J Respir Crit Care Med Vol 182, P1-P2, 2010 • Versión en línea revisada en septiembre de 2013
Serie de información al paciente de la ATS © 2010 American Thoracic Society

www.thoracic.org

Cuando nos encontramos en estadios avanzados de la enfermedad, estamos hablando de que el tumor ya se ha diseminado por más zonas del mismo pulmón o pasando al otro pulmón, al hígado, cerebro, huesos o glándula suprarrenales que son los lugares donde hace metástasis este tipo de tumor.

Los tratamientos varían dependiendo en qué estado de avance se encuentra la enfermedad y va desde radioterapia, rayos, quimioterapia, cirugía para tratar de reseca y extraer el tumor, a pesar de los avances en la detección, el diagnóstico

patógeno y la terapéutica, muchos pacientes desarrollan una enfermedad avanzada, incurable y mortal o como es el caso de este trabajo la enfermedad se encuentra en un estado avanzado, incurable y se requiere cuidados paliativos.

En el mayor de los casos los pacientes que llegan a un tratamiento paliativo presentan cáncer de pulmón de células no pequeñas, ya que el 80% de los enfermos tienen este tipo de subtipo y además, el cáncer de pulmón de células pequeñas si es encontrado en etapas iniciales en muchas ocasiones responde bien a la quimioterapia o a la cirugía y quimioterapia.

Reciben cuidados paliativos no solo por las razones epidemiológicas o de pronóstico, sino que se considera que la carga de síntomas está generalizada y es difícil de tratar, es por ello, que necesitan ser tratados por un grupo interdisciplinario de profesionales, donde es primordial la buena comunicación tanto entre los profesionales como con el paciente y sus familiares. Una atención multidisciplinaria bien integrada puede reducir las demoras en el tratamiento y obtener mejores resultados para la atención de su padecimiento y mejorar la calidad de vida del paciente.

VI.a. Síntomas

La mayoría de los síntomas se dan en estados avanzados o se presentan muy leves en las primeras etapas, es por este motivo que cuando acuden al médico la enfermedad se encuentra avanzada.

Los síntomas más comunes del cáncer de pulmón según la Sociedad Americana del Cáncer⁽¹³⁾ son:

- Tos que no desaparece o que empeora.
- Hemoptisis.
- Dolor en el pecho que empeora cuando respira profundo, tose o se ríe.
- Ronquera.
- Pérdida del apetito.
- Pérdida de peso.

- Dificultad para respirar.
- Cansancio o debilidad.
- Infecciones como bronquitis y neumonías que no desaparecen o se repiten.

VI.b. Metástasis

Cuando el cáncer se propaga haciendo metástasis puede dar diversos síntomas/complicaciones.

- Hueso:
Si hace metástasis en hueso puede provocar dolor especialmente en columna y caderas, pudiendo provocar fracturas patológicas.
- Cerebro:
Provoca alteraciones del sistema nervioso como adormecimiento de un brazo o una pierna, mareos, problemas de equilibrio, dolor de cabeza, debilidad y convulsiones.
- Hígado:
Coloración de la piel y los ojos (ictericia).
- Ganglios linfáticos:
Inflamación de los ganglios linfáticos, en especial los del cuello y por encima de la clavícula, esta inflamación junto con los tumores en la parte superior del pulmón puede dar origen el síndrome de la cava superior, que se da por la compresión de la vena provocando una retención de la sangre en las venas desencadenando hinchazón en la rostro, cuello, brazos y la parte superior del pecho.

- Glándulas suprarrenales:

La metástasis sobre estas glándulas puede provocar vómitos, dolor de cabezas, irritabilidad, problemas de sueño, fatiga, aumento de la tensión arterial debido al aumento del cortisol.

VI.c. Paciente terminal

Nos encontramos con un paciente en la etapa final de su vida con una enfermedad incurable y que es progresiva, con la presencia de diversos síntomas con un gran impacto emocional, los cuales van a ser tratados por el equipo sanitario, pero con un pronóstico definido que es la muerte, por esta razón tanto los profesionales, el paciente y los familiares deben conocer la evolución de la enfermedad y estar preparados para el fatal desenlace. Es importante no crear falsas esperanzas, se debe prestar atención que palabras utilizar para comunicarle al paciente el tratamiento que se le va a realizar, en este caso no es para curar una enfermedad, sino para paliar los síntomas que aparecen en este periodo del tratamiento.

Nos encontramos con un paciente que presenta en la mayoría de los casos, tos crónica, disnea, dolor intenso, síndrome de cansancio y puede presentar una reducción tanto física como intelectual. En esta situación es importante que el paciente y los familiares estén informados que la muerte se encuentra inminente para poder despedirse de sus seres queridos y tratar de evitar un tratamiento agresivo que alargue la vida innecesariamente estirando el padecimiento ⁽¹⁴⁾. Siempre que sea posible se busca que el paciente que se encuentra cursando la enfermedad lo haga en su domicilio donde recibe una atención brindada por un equipo sanitario interdisciplinario, el objetivo de esto es que llegue al final de su vida en la comodidad de su casa, con su entorno cercano y no en una sala de hospital.

VI.c.1. Rol del kinesiólogo

El kinesiólogo cumple un rol importante dentro del equipo de atención sanitaria que está recibiendo el paciente que se encuentra con cáncer de pulmón en un estado avanzado el cual recibe cuidados paliativos, el objetivo principal es reducir la dependencia, trabajando para aumentar la movilidad en general, la fuerza, retrasar la aparición de la fatiga, mantener la higiene de la vía aérea y fomentar el auto cuidado, de esta manera se busca mejorar la calidad de vida del paciente.

Debe anticipar posibles complicaciones como las úlceras por decúbito, infecciones, disnea, entre otras; mantener volúmenes y capacidades respiratorias, además de buscar restaurar funciones perdidas o deterioradas y en caso de no poder, maximizar las funciones que quedan después de una deficiencia permanente.

Se nombraba algunos de los tratamientos kinésicos que se realizan con los pacientes que están cursando la enfermedad:

- Control postural general y durante la deglución.
- Mantenimiento de la movilidad.
- Mejorar la independencia del paciente.
- Relajación.
- Trabajos de equilibrio.
- Mantenimiento de la marcha.
- Drenajes posturales (mantenimiento de volumen capacidades pulmonares).
- Trabajos de deglución, para evitar aspiraciones.
- Mantener la bipedestación.
- Trabajar preventivo sobre la constipación, por ejemplo con la técnica de malaxación.
- Trabajar sobre la fatiga crónica, esto dará mayor independencia al paciente y por ende mejorara su calidad de vida.
- Mejorar en la realización de las A.V.D.

Las personas que están cursando este tipo de enfermedad tienen un conjunto de diversos síntomas, una disminución significativa de la actividad física lo que hace que se deteriore aun más su calidad de vida ⁽¹⁵⁾. El kinesiólogo al realizar los tratamientos nombrados con anterioridad, trabajando o fomentando la actividad física del enfermo mejora el rendimiento físico del paciente, disminuyendo la fatiga, aumentando la calidad de vida como fue demostrado en varios estudios que se realizaron sobre el tema como por ejemplo un ensayo que comenzó en el año 2013 duró 24 semanas ⁽¹⁶⁾ donde se pudo observar grandes cambios positivos en los pacientes cuando en su tratamiento se incluían la actividad física.

Otro estudio que se realizó reclutando 114 pacientes con cáncer de pulmón en estado avanzado que fue sometido a un programa supervisado de actividad física en grupo dio como resultado una mejora en los parámetros de bienestar emocional, aumento en la distancia recorrida en el test de 6 minutos, aumento en el VO₂ pico, hubo una reducción en los niveles de la ansiedad. ⁽¹⁷⁾ El rol que cumple el kinesiólogo en la atención de este tipo de paciente es fundamental, ya que, como se demuestra en estudios el movimiento supervisado tiene tantos efectos positivos, sumado a todo el aporte que el profesional le puede brindar a la persona que está padeciendo esta enfermedad es muy grande; el fisioterapeuta cuenta con varias herramientas para poder dar respuesta a cada complicación que surja con el avance de la enfermedad que va desde el área motora hasta lo que es la rehabilitación respiratoria.

VI.c.1.a. Disnea

La dificultad al respirar que va empeorando hacia las últimas semanas de vida puede aparecer en reposo o con ejercicios leves, esto disminuye la calidad de vida del paciente, el kinesiólogo a través de técnicas respiratorias busca disminuir ese ahogo o dificultad para respirar, logrando así, que el paciente se sienta mejor y de esta forma pueda realizar otros tipos de actividad, ya sea, para mantener la movilidad, mejorar sus patrones respiratorios, disminuir la dependencia y de esta manera también va a tener una mejora en su estado emocional, recordemos que estos pacientes en su mayoría presentan dolor de manera prolongado o crónico, si

a esto le sumamos otro tipo de malestar va a incrementar la sensación de dolor, por eso es importante trabajar para que el paciente se sienta lo más cómodo posible al recibir el tratamiento, esto no va a hacer que el dolor desaparezca pero puede mitigar esa sensación.

El kinesiólogo cuenta con gran cantidad de técnicas o procedimientos para la rehabilitación respiratoria, como por ejemplo el drenaje postural, vibraciones torácicas, espiración lenta prolongada, cicla activo respiratorio (combina el control respiratorio, la expansión torácica y las técnicas de espiración forzada), técnica de compresión/descompresión, tos (provocada, dirigida y asistida) y ejercicios respiratorios entre otras técnicas que se encuentran en el gran abanico de herramientas con la que cuenta el profesional.

Un ejemplo para disminuir la disnea sería la técnica de labios fruncidos, sumando una expansión costal para favorecer la entrada de aire a los pulmones, levantando los brazos en la inspiración por nariz y bajándolos acompañando la espiración por boca con labios fruncidos como inflando un globo, intentando exhalar más tiempo que en la inspiración, de esta manera bajamos el ritmo respiratorio y realizara una respiración más efectiva.

- Pasos de la respiración con labios fruncidos:
 - 1 inspiramos lentamente por nariz con la boca cerrada.
 - 2 retenemos el aire unos segundos.
 - 3 comenzamos la espiración con los labios fruncidos como si sopláramos una vela, lo hacemos lentamente.
- ✓ Importante el momento de la exhalación debe durar el doble de la inhalación.



Respiración con labios fruncidos

Al mejorar la respiración, esto va a permitir al paciente poder realizar más ejercicios con los que el kinesiólogo busca disminuir o retrasar la aparición de la fatiga.

Está demostrado que el ejercicio proporciona efectos beneficiosos sobre las personas que tienen cáncer ⁽¹⁸⁾ ⁽¹⁹⁾, además hay pruebas sólidas que la actividad física reduce la fatiga relacionada al cáncer ⁽²⁰⁾.

Un estudio realizado en Alemania, en la facultad de Heidelberg, donde se reunió un conjunto de 250 pacientes con cáncer de pulmón avanzado, donde se dividió en dos grupos, uno recibía el tratamiento convencional y el otro recibía el tratamiento convencional más ejercicio físico, y se llegó al resultado que el grupo que recibió terapia física dentro de su tratamiento obtuvo una reducción de la fatiga y mejoro su calidad de vida, los resultados no fueron solo físicos, sino que también tanto los parámetros psicosociales (depresión y desmoralización) como los inmunológicos tuvieron resultados positivos.

VI.c.1.b. Dolor

El dolor es una percepción subjetiva desagradable asociada a una lesión real o potencial, pero no hay que tratarlo de forma aislada, dado que puede influir sobre este pesar si el paciente sufre depresión, frustración, incomodidad, molestia, angustias, entre otras; el kinesiólogo intentara aliviar el dolor que sufre el paciente a través de diferentes tratamientos, en los que vamos a encontrar: tratamientos respiratorios, ejercicios posturales, de movilidad, entre otros.

El dolor crónico oncológico es aquel provocado por un tumor primario, o sus metástasis, lo que puede desencadenar procesos inflamatorios, donde tendremos daños noniceptivos debido a la destrucción de tejidos y neuropáticos por la compresión o destrucción de estructuras nerviosas. Esta clasificación no entraría dentro de dolor crónico en general, ya que el dolor crónico es aquel que perdura o es recurrente por un periodo mayor a los tres meses, esta definición con los pacientes con cáncer progresivo no es adecuada por las siguientes cuestiones, en primer lugar, estamos ante una destrucción tisular constante y progresiva, por este

motivo se hace casi imposible diferenciar entre dolor crónico y agudo, y en segundo lugar, este tipo de pacientes en la mayoría de los casos no viven más de 3(tres) meses, por estos motivos es que se utiliza una clasificación de dolor particular para este tipo de enfermos.

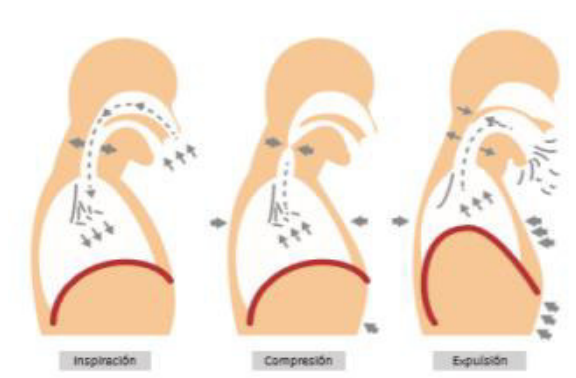
VI.c.1.c. Tos

Uno de los síntomas más comunes en los pacientes con cáncer de pulmón es la presencia de tos crónica, en muchos casos con gran producción de moco, secreciones inflamatorias y presencia de sangre en las vías respiratorias. Unos de los tratamientos médicos empleados es la utilización de opioides y corticoides para disminuir la tos durante catorce días, lo que puede traer complicaciones gastrointestinales, por lo que en ocasiones al tratamiento antitusivo se le suma la administración de laxantes, se evita la utilización de anti colinérgicos inhalados ya que ocasionan una disminución del movimiento ciliar, dificultando la movilización del moco congestionando los bronquios contribuyendo a la gravedad de la tos. ⁽²¹⁾

La tos es uno de los mecanismos de defensa pulmonar para mantener las vías aéreas permeables, libres de secreciones. Se puede dar de forma refleja o de manera voluntaria por el paciente o provocada por el kinesiólogo, el objetivo es expulsar las secreciones ubicadas en las vías aéreas medias y proximales.

La tos tiene 4 etapas:

- Irritativa (esta etapa puede no estar presente).
- Inspiratoria.
- Compresiva.
- Expulsiva.



4 tipos de tos:

- Espontanea.
- Dirigida.
- Asistida.
- Provocada

Dirigida:

El paciente se posiciona en sedentación si es posible, caso contrario en decúbito supino semi-sentado. El kinesiólogo instruye y guía al paciente a realizar la maniobra de la tos.

Asistida:

El profesional le pide al paciente que realice una inspiración profunda nasal si es posible, luego se busca la fase espiratoria donde el kinesiólogo asistirá manualmente desde el tórax o el abdomen.

Provocada:

Consiste en desencadenar el reflejo tusígeno a través de un estímulo mecánico que puede ser un baja lengua o la compresión manual externa sobre la proyección traqueal extra torácica.

VI.c.1.d. Fatiga

El síndrome de la fatiga se encuentra en la mayoría de los enfermos con neoplasia de pulmón, consiste en la sensación persistente de cansancio y agotamiento físico y mental, de manera no proporcional a la actividad realizada, afectando su vida

diaria, puede ser causada en primer lugar por su patología, dado que cuando las células cancerosas llegan a las suprarrenales, segregan cortisol de manera excesiva, en segundo lugar puede asociarse a el tratamiento que está recibiendo, sumado también a su estado emocional en el que se encuentra donde la depresión es un factor a tener en cuenta; también puede ocurrir que tenga una fatiga mental, donde va a tener problemas cognitivos y de memoria.

El síndrome de fatiga relacionada con el cáncer (SFRC) es la sensación subjetiva de cansancio, debilidad o falta de energía que afecta las actividades diarias la calidad de vida de los pacientes oncológicos. Se da como consecuencia de la misma enfermedad o como efecto adverso a tratamientos como radioterapia, quimioterapia, entre otros utilizados para contrarrestar el avance de la enfermedad.

Para considerar que el paciente presenta SFRC debe presentar la mayor parte de los días o todos los días durante dos semanas al menos 6 o más de los siguientes síntomas y que uno de ellos sea la fatiga significativa:

- Fatiga significativa, disminución de la energía o la necesidad de descanso de forma desproporcionada con respecto al nivel de actividad.
- Debilidad generalizada o sensación de pesadez de las extremidades.
- Disminución de la atención o en la concentración.
- Disminución del interés o motivación de las actividades usuales.
- Insomnio o hipersomnia.
- Sueño no reparativo.
- Percepción de que debe luchar para sobreponerse a la inactividad.
- Reacción emocional marcada (tristeza, frustración) ante la fatiga.
- Problemas con la memoria a corto plazo.
- Malestar que perdura varias horas luego de algún esfuerzo.

Se debe tratar de forma temprana para que no se torne un problema crónico, ha dos formas de tratamiento, la farmacológica y la no farmacológica, la primera se trata de evitar por su baja efectividad y por su toxicidad; por el otro lado contamos con las terapias sin el uso de fármacos en lo que se destaca la actividad física, la cual ha demostrado ser una de las terapias más efectivas para combatir la

fatiga, donde el kinesiólogo cumple un rol importante donde evaluara cada paciente en particular y en que periodo se encuentra de la enfermedad para prescribir que ejercicio puede realizar la persona que está cursando con fatiga teniendo en cuenta factores como el sexo, edad, limitaciones físicas, voluntad y falta de recursos a la hora de plantear la terapia.

VI.c.1.e. Problemas psicológicos

Padecer cáncer de pulmón trae aparejado problemas psicológicos, una vez que son diagnosticados no solo están preocupados por la enfermedad en sí misma, sino que una preocupación muy grande es también la familia, que va a hacer a futuro, esta depresión y preocupación que tiene el paciente disminuye su calidad de vida, en muchas ocasiones los síntomas de la enfermedad son menos alarmantes que los síntomas psicosociales ⁽²²⁾, un estado de ánimo deprimido y la angustia de la familia que también afecta al enfermo, se le suma la ansiedad, aislamiento social, miedo, falta y mala calidad de sueño también afecta a la calidad de vida ⁽²³⁾. El tratamiento oncológico trae complicaciones como náuseas, vómitos, diarrea, debilidad, leucopenia, infección y anemia, a esto se le suma el dolor espiritual y los problemas sociales. Por este motivo es de vital importancia la atención brindada por un equipo interdisciplinario que pueda atender todos estos padecimientos que está sufriendo tanto el paciente como la familia, ya que un paciente contenido va a tener mejores resultados en el tratamiento.

VI.c.2. Cambios en el tratamiento

El tratamiento es dinámico, va evolucionando a medida que la enfermedad avanza, en principio tiene un enfoque agresivo buscando curar al paciente donde la prioridad es la supervivencia, esto cambia cuando la enfermedad avanza a tal punto que ya no hay una cura radical; la calidad de vida del paciente pasa a ser lo más importante donde tiene una supervivencia limitada e ingresa a una etapa con un declive inevitable y progresivo, en el cual se debe apoyar tanto al paciente

como a la familia. Con una buena comunicación se busca entender ante qué situación están, tanto la familia como el paciente, el cual se encuentra en el desenlace final de la enfermedad; creando una buena relación con el enfermo y su entorno donde deben estar preparados para recibir en varias ocasiones noticias desfavorables, variaciones en el tratamiento donde se van modificando las formas de paliar los síntomas mientras se ingresa al final de vida, donde la prioridad pasa a ser tener una buena calidad de muerte, que el paciente termine sus últimos momentos con la menor carga de síntomas posibles sin dolor.

VI.c.3. Equipo interdisciplinario

La atención que recibe el paciente con cáncer de pulmón está compuesta por un grupo de profesionales que trabajan en conjunto, dentro de este grupo encontramos: médicos clínicos, oncólogos, enfermeros, cuidadores, terapeuta ocupacional, psicólogos, kinesiólogos, acompañantes terapéuticos, entre otros profesionales.

Se ha comprobado que la presencia de profesionales de rehabilitación dentro del grupo de trabajo no solo tiene un impacto positivo sobre la calidad de vida del paciente, sino que también favorece al sistema sanitario, disminuyendo el reingreso hospitalario ⁽²⁴⁾, ya que cuentan con un conjunto especializado de habilidades para manejar este tipo de pacientes y de esta manera se podrá evitar que se tenga que recurrir a un tratamiento más agresivo dentro de la instalación hospitalaria.

En la mayoría de los casos que se tiene que recurrir a la readmisión del paciente se debe a causa de la disnea, el dolor, debilidad física y funcional, que alteran las actividades de la vida diaria, además pueden provocar caídas, esto se puede evitar o por lo menos disminuir los casos de que suceda si dentro del grupo de trabajo se encuentran profesionales de la rehabilitación, los cuales no solo van a trabajar con el paciente, sino que también van a hacerlo con los cuidadores o familiares que lo asisten proporcionándoles técnicas y/o maniobras que pueden realizar para

resolver alguna problemática de manera segura y así no deteriorar más el estado general del paciente.

VII. Conclusión

A modo de conclusión de la revisión bibliográfica realizada sobre la atención kinésica en pacientes con cáncer de pulmón que se encuentran en cuidados paliativos, se pudo observar que la mayoría de los pacientes que se encuentran en este tipo de tratamiento padecen cáncer de pulmón de células no pequeñas, con una carga significativa de síntomas, entre los más destacados encontramos la tos, disnea, fatiga y el dolor.

En este trabajo se busco investigar sobre cómo influye el trabajo del kinesiólogo en este tipo de cuidados y si mejora la calidad de vida del paciente.

De acuerdo a lo leído podemos concluir diciendo que la actividad física y la atención kinesiológica tiene un efecto positivo sobre la calidad de vida del enfermo, pero que en algunas ocasiones no se cuenta con dichos profesionales, excusando que suponen un gasto mayor, sin tener en cuenta que por el contrario contar con profesionales de rehabilitación dentro del grupo de cuidados paliativos va a hacer que disminuya el reingreso del paciente al servicio de guardia del hospital/clínica, implicando costos de traslados de ambulancia, en ocasiones puede quedar internado con todo lo que esto implica no solo en gastos económicos, sino que también afectando la calidad de vida del enfermo.

Este trabajo permitió conocer cómo van cambiando las necesidades y prioridades de las personas que padecen este tipo de enfermedad mortal y progresiva, dado que al principio lo que se busca es la supervivencia, atacar a la enfermedad buscando una cura, pero al no conseguirla y junto con el avance de dicha patología, no se debe caer en el encarnizamiento terapéutico, donde buscando una cura lo único que se hace es prolongar su vida en condiciones penosas, es por esto que cambian las prioridades, donde en un principio era la supervivencia para

luego priorizar la calidad de vida y terminar con una buena calidad de muerte, donde el objetivo minimizar síntomas de dolor y molestias que siente el paciente en el último tramo de vida.

Contar con un kinesiólogo dentro del equipo de trabajo va a influir de manera positiva en el tratamiento del paciente que se encuentra en estado terminal recibiendo cuidados paliativos, ya que, con esta intervención y trabajando en equipo con los demás profesionales van a poder retrasar los síntomas de la enfermedad, y además intervienen en su estado emocional que influye mucho en este tipo de pacientes. Lo que se busca es mantener las funciones que aún tiene y adaptar las que ha perdido, buscando disminuir la dependencia hacia otras personas, es importante que el enfermo no se sienta una carga para sus familiares y allegados, si podemos lograr eso, él podrá transcurrir sus últimos días de una manera más placentera.

Si bien se pudo demostrar que la kinesiólogía en este tipo de pacientes es positiva, no hay que olvidar uno de las principales máximas dentro de la salud, que es no causar más daño, de esta manera lo que se trata de decir es que no se debe exigir más de lo que el paciente puede realizar, ya que este daño puede incrementar el dolor o la incapacidad, retrocediendo todo lo ganado hasta el momento o que el paciente decida no continuar con el tratamiento por el dolor que le ha causado esas exigencias.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Salud OMDl. <https://www.who.int/es>. [Online].; 2007 [cited 2019 noviembre 1. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
2. cancer Lsace. American cancer society. [Online].; 2015 [cited 2019 septiembre 15. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/cancer-basics/what-is-cancer.html>.
3. Mount BM. C. Canada: status of cancer pain and palliative care. J Pain Symptom Manage. 1993 enero; 8(6): p. 395-398.
4. Society AC. <https://www.cancer.org>. [Online]. [cited 2019 11 1. Available from: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/atencion-paliativa/que-es-el-cuidado-paliativo.html>.
5. Barragán DDAM. AEACAP - Asociación Afectados Cancer de Pulmón. [Online].; 2015 [cited 2019 11 03. Available from: <http://afectadoscancerdepulmon.com/consejos-para-una-buena-rehabilitacion-respiratoria-en-pacientes-con-cancer-de-pulmon/>.
6. Colaboradores de Factores de Riesgo 2GBD 2015. Lancet. 2016 octubre; 388(10053): p. 1659-1724.
7. who.it. [Online]. [cited 2019 10 6. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
8. cancer.org/es. [Online]. [cited 2021 06 10. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-pulmon/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/como-se-diagnostica.html>.
9. Universidad de Oriente Coatzacoalcos. [Online].; 2019 [cited 2019 12 2. Available from: <https://coatzacoalcos.uo.edu.mx/blog/%C2%BFeres-fisioterapeuta-qu%C3%A9-te-dedicas>.
10. World Physiotherapy. [Online]. [cited 2019 12 10. Available from: <https://world.physio/resources/what-is-physiotherapy>.
11. Glossary. World Physiotherapy. [Online]. [cited 2019 12 12. Available from: <https://world.physio/resources/glossary>.
12. J. Ferlay ISMERDSECMea. Incidencia y mortalidad del cáncer en todo el mundo: IARC CancerBase No. 11. [Online].; 2012 [cited 2020 05 18. Available from: <http://globocan.iarc.fr>.
13. Signos y síntomas del cáncer de pulmón. [Online]. [cited 2021 06 25. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-pulmon/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/senales-sintomas.html>.

14. Jassem E BGHCSea. Recommendation of Polish Respiratory Society for palliative care in chronic lung diseases. *Pneumonol Alergol Pol*; 2012. Report No.: 80.
15. Farbicka P NA. Palliative care in patients with lung cancer. *Contemp Oncol (Pozn)*. 2013; 17(3): p. 238-245.
16. Wiskemann J HSDCKMAUSKBPUCSMTM. POSITIVE study: physical exercise program in non-operable lung cancer patients undergoing palliative treatment. *BMC Cancer*; 2016.
17. Quist M ALRMLJCKLS. The Impact of a Multidimensional Exercise Intervention on Physical and Functional Capacity, Anxiety, and Depression in Patients With Advanced-Stage Lung Cancer Undergoing Chemotherapy. *Integr Cancer Ther*. 2015 julio; 14(4): p. 341-349.
18. Kruijzen-Jaarsma M, Revesz D, Bierings MB, Buffart LM, Takken T. T. Effects of exercise on immune function in patients with cancer. *revision sistematica*. ; 2013. Report No.: 19.
19. Christensen JF, Jones LW, Andersen JL, Daugaard G, Rorth M, Hojman P. Muscle dysfunction in cancer patients. *revision sistematica*. ; 2014. Report No.: 25(5).
20. Paramanandam V, Dunn V. Exercise for the management of cancer-related fatigue in lung cancer. *revision sistematica*. ; 2014. Report No.: 24(1).
21. W L. Tratamiento de los síntomas respiratorios. *Nowiny Lek*. 2011;(80): p. 32-46.
22. Hill KM, Amir Z, Muers MF, Connolly CK, Round CE. Do newly diagnosed lung cancer patients feel their concerns are being met? *European journal of cancer care*. 2003; 12: p. 35-45.
23. Gilbert CR, Smith CM. Advanced lung disease: quality of life and role of palliative care. *Mount Sinai Journal of medicine*. 2009;(76): p. 63-70.
24. Christopher W. Rehabilitation Services and Palliative Care. *Home Healthcare Now*. 2019 May; 37(3): p. 174-175.