

guía de enfermería en cuidados paliativos

Equipo Consultor de Cuidados Paliativos

*GUÍA DE ENFERMERÍA
EN CUIDADOS PALIATIVOS*

*EQUIPO CONSULTOR DE CUIDADOS PALIATIVOS
HOSPITAL DONOSTIA*

“Primero somos personas y circunstancialmente enfermos. Esta guía ayudará a cuidar a las personas enfermas”

Participantes en el grupo de trabajo:

Arratibel M^a Carmen. Enfermera. E. Consultor Cuidados Paliativos
De Campo Arantzazu. Enfermera. C. Salud Pasaia S. Pedro
Carrera Izaskun. Enfermera C. Salud Berastegi
Chico M^aTeresa. Enfermera C. Salud Zarautz
Crespo José M^a. Enfermero. H. A Domicilio. Hospital Donostia
Eskisabel Belen. Enfermera C. Salud Dumboa (Irun)
Gaitán Dolores. Enfermera. Oncología. Hospital Donostia
Ibargoién José Luis. Enfermero. C. Salud Billabona

Depósito Legal: SS-267/01

ÍNDICE

• Introducción	5
• Nutrición	7
Alteración de la nutrición	7
Gastrostomía	8
Sonda nasogástrica	9
Endoprótesis esofágicas	9
• Eliminación	10
Estreñimiento	10
Tacto rectal	11
Enema de limpieza	12
Fecaloma	13
Extracción manual de fecaloma	14
Diarrea	15
Retención urinaria	16
• Problemas respiratorios	16
Disnea	17
Tos	18
Tos productiva	18
Tos irritativa	18
Hemoptisis	19
Limpieza ineficaz vías aéreas	19
Respiración diafragmática	20
Tos eficaz	21
• Piel y mucosas	21
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	21
Úlceras	23
Úlceras por presión	23
Úlceras malignas o tumorales	23
Problemas de la boca	24
Boca seca	24
Boca sucia	26
Boca con dolor	26

Micosis orofaríngeas	27
• Termorregulación	28
Hipertermia	29
Hipotermia	29
• Dolor	29
Escala analgésica de la O.M.S.	31
• Reposo / Sueño	31
Alteración del patrón del sueño	31
• Ocio / Recreo	32
Déficit de actividades recreativas	32
• Valores y creencias	33
Sufrimiento espiritual	33
Trastorno de la autoestima	34
• Comunicación	35
Ansiedad	36
• Agonía	38
• La familia	40
Disfunción familiar	41
Claudicación familiar	42
Riesgo de claudicación familiar	42
Claudicación	43
El duelo	43
• Recursos sociales	46
Falta de conocimientos sobre recursos comunitarios ..	46
• Vías de administración de medicamentos	47
Vía subcutánea	47
Infusión continua	50
• Medicación más utilizada	52
Coanalgésicos / Anorexia	53
Antieméticos	54
Antimicóticos / Disnea / Hipo	55
Insomnio / Laxantes	56
Olor en úlceras u otras lesiones	57
Secreciones / Tos	57
• Bibliografía	58

INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de la profesión, las enfermeras han cuidado a la persona en todas las etapas de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte.

Los cuidados se han dispensado en base a los conocimientos de la época y muchas veces de forma intuitiva y sin base científica. Con el paso de los años esta situación ha ido cambiando y las enfermeras han ido modificando los cuidados en base a las experiencias, los conocimientos científicos y las relaciones humanas.

Teniendo en cuenta que la enfermera es el miembro del equipo sanitario más próximo al individuo y núcleo familiar, sobre todo en fase de enfermedad, debe asumir también los cuidados que precisen en el final de la vida.

Cicely Saunders y Elisabet Kübler-Ross, en la década de los 60, establecieron los modernos principios de lo que hoy conocemos como Cuidados Paliativos: Son cuidados dispensados a los enfermos en fase terminal cuando ya no se puede curar y sus metas son el confort y la calidad de vida, siendo el enfermo y no la enfermedad el verdadero protagonista. Además de enfermo el objetivo terapéutico es su familia; la situación de enfermedad avanzada provoca un intenso estrés y hay una gran demanda de ajustes tanto por parte del enfermo como de la unidad familiar, pues se altera la vida diaria de todos los afectados. La familia y/o el entorno social es cada vez más un pilar importante en el cuidado integral del enfermo, hasta el punto en el que sin su participación activa es difícil alcanzar todos los objetivos.

Por otra parte no sería posible dar respuesta a los problemas que surjan durante el proceso sin el trabajo en equipo multidisciplinar: médicos, enfermeras, trabajadores sociales, auxiliares, voluntariado, asistentes espirituales, etc.

La asunción de los Cuidados Paliativos conlleva una mayor implicación personal y una formación adecuada y específica no sólo en el área de las técnicas, sino también en áreas como el de las ciencias de la conducta, para conseguir unos cuidados de calidad y evitar el desgaste profesional.

Esperamos que esta guía sirva a las enfermeras de los hospitales y la Atención Primaria considerando que no es una guía cerrada y que cada persona y su problema hay que tratarlos de forma individual.

Ante situaciones que no vengan recogidas en esta guía debemos acudir a la bibliografía existente o a servicios específicos.

NUTRICIÓN

ALTERACIÓN DE LA NUTRICIÓN relacionado con:

1. Anorexia.
2. Dificultades en la masticación y la deglución.
3. Cansancio.
4. Cambios emocionales.
5. Náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento.
6. Efectos colaterales de los fármacos.
7. Alteración de la absorción de nutrientes secundaria a su patología.
8. Procesos tumorales, etc.

OBJETIVOS:

1. El enfermo tomará la comida según sus apetencias: lo que quiera, cuanto quiera y cuando quiera.

ACTIVIDADES:

Explicar e informar al enfermo y la familia sobre:

1. Cambios en su alimentación, desdramatizando las comidas y la pérdida del apetito. Tomará lo que quiera, cuanto quiera y cuando quiera.
2. Presentación y cantidad: lo que le apetezca, bien presentado y en cantidades y platos pequeños.
3. Características: temperatura adecuada, poco olorosa, no picante, textura adecuada dependiendo del estado (normal, triturada, líquida, pastosa) y sus gustos.
4. Alimentos frescos: flan, natillas, yoghurt, piña, en fase muy avanzada.
5. Aparición de otros posibles síntomas si se le fuerza: náuseas y vómitos.

6. Importancia del buen estado de la boca (ver cuidados de la boca).
7. Lugar y/o posición: mientras se pueda con la familia, si no en cama incorporado y siempre acompañado.

VÍAS ALTERNATIVAS A LA VÍA ORAL:

GASTROSTOMÍA Y SONDA NASOGÁSTRICA.

GASTROSTOMÍA

Es la comunicación directa entre el estómago y el exterior a través de la pared abdominal. Se utiliza como vía de alimentación en casos en que la vía oral no es posible.

OBJETIVO

1. Proporcionar un aporte nutricional adecuado al estado físico y psíquico del enfermo.
2. Favorecer la autonomía y el autocuidado.
3. Prevenir lesiones en la piel circundante.

ACTIVIDADES:

1. Formar al enfermo y a la familia en los cuidados.
2. Lavar la piel alrededor del estoma con agua y jabón neutro.
3. Vigilar que la piel no se irrite por el reflujo gástrico que es ácido.
4. Aplicar pasta o placas protectoras hidrocoloides si aparece irritación, cambiando la protección tantas veces sea necesario.
5. Si se sale la sonda valorar el reintroducirla, poner en conocimiento del médico y si es preciso enviar al hospital. Si es de reciente instalación puede ser que la pared abdominal no esté todavía bien cohesionada y de todos modos sea preciso reintroducirla en el hospital.

6. Dieta equilibrada, según la fase en la que se encuentre el enfermo. Triturada, semilíquida, líquida.
7. Lavar la sonda después de cada ingesta con 50 cc. de agua.

SONDA NASOGÁSTRICA

ACTIVIDADES:

1. Explicar al enfermo y la familia para qué sirve y su manejo.
2. Colocar en posición sentada o semisentada después de las comidas y mantener al enfermo en esta posición de 30 a 60 minutos.
3. Dar dieta: triturada, semilíquida y/o líquida. Equilibrada según la fase en la que se encuentre el enfermo.
4. Facilitar el material necesario de reposición por si es preciso cambiarla y para introducir las comidas (jeringas, gasas, sonda, etc.).
5. Lavar la sonda después de cada ingesta con 50 cc. de agua.

ENDOPRÓTESIS ESOFÁGICAS

Prótesis expansible compuesta por una malla y unos aros que se coloca en el interior del esófago para dilatar una estenosis y/o taponar fístulas traqueo-esofágicas.

ACTIVIDADES:

1. El enfermo debe comer siempre sentado.
2. Después de las comidas debe tomar alguna bebida gaseosa (cola, tónica...) para arrastrar y/o eliminar restos de comida de la red y aros de la prótesis.

ELIMINACIÓN

ESTREÑIMIENTO

Es la deposición infrecuente (menos de tres veces por semana) de heces secas y duras.

ESTREÑIMIENTO relacionado con:

- Tratamiento farmacológico (opiáceos, codeína).
- Cambio de hábitos en la alimentación.
- Disminución nivel de actividad.
- Inhibición reflejo para defecar.
- Poca ingesta de líquidos/fibra.
- Por enfermedad de base.
- Falta de intimidad.

OBJETIVO:

Realizará una deposición cada tres días como mínimo.

ACTIVIDADES:

1. Valorar sus hábitos y preguntar cuando fue la última deposición.
2. Ver si tiene pautado tto. laxante. (Recordar que los opiáceos producen estreñimiento).
3. Tacto rectal para descartar fecaloma, (si hubiese ver protocolo).
4. Explicar al enfermo y la familia los cuidados del estreñimiento y la administración correcta de los medicamentos.
5. Si el enfermo lo tolera incrementar la ingesta de líquidos y de fibra en la dieta.

6. Atender lo antes posible el reflejo de eliminación y mientras sea posible levantar a la silla o al WC.
7. Proporcionar intimidad.
8. En enfermos con compresión medular, valorar enema de limpieza o extracción manual de heces cada tres días.
9. Aconsejar la actividad física dentro de lo posible: salir a la calle, paseos en casa,...
10. Utilizar empapadores de cama y absorbentes si precisa.
11. Comunicar al médico la valoración.

TACTO RECTAL

Exploración que tiene como objetivo, entre otros, valorar presencia de fecaloma en ampolla rectal tras varios días de estreñimiento.

Material necesario:

- Guantes.
- Lubricante anestésico.
- Toalla.

ACTIVIDADES:

1. Explicar al enfermo y la familia el procedimiento que se va a realizar.
2. Colocar al enfermo en decúbito lateral izdo. con la pierna izda. semiflexionada y la derecha flexionada. Si no tolera esta posición, colocarle en decúbito supino y ambas piernas flexionadas.
3. Introducir el dedo índice previamente lubricado con movimiento rotatorio suave y pedir al enfermo que haga fuerza como para hacer deposición.
4. Comunicar al médico la valoración.

ENEMA DE LIMPIEZA

Solución para introducir en el recto y porción inferior del colon, con el fin de ablandar y/o extraer materia fecal acumulada.

Observaciones:

1. Cuando las medidas laxantes por vía oral no han sido efectivas será el tto. idóneo.
2. Si el enfermo está en fase preagónica, agónica o sedado está contraindicado.
3. Si hay sospecha de neutropenia por quimioterapia paliativa, no se debe manipular la zona anorectal (riesgo de infecciones o hemorragias).

Material necesario:

- Guantes.
- Solución para un enema de 250 ml.: 1 equipo desechable para irrigación.
- Lubricante anestésico.
- 20-30 cc. lactulosa.
- Toalla.
- 20 cc. aceite de oliva.
- Bacinilla.
- 1 microenema.
- Almohada.
- Resto, agua templada.

Se pueden utilizar enemas comercializados.

ACTIVIDADES:

1. Proporcionar intimidad.
2. Explicar al enfermo y la familia el procedimiento que vamos a realizar.
3. Colocar al enfermo en decúbito lateral izdo. con la pierna izda. semiflexionada y la derecha flexionada. Si no

tolera esta posición, colocar en decúbito supino con ambas piernas flexionadas.

4. Colocar una almohada si precisa debajo de las caderas para garantizar la comodidad.
5. Lubricar la cánula e introducir la mezcla en la ampolla rectal.
6. Explicar al enfermo que debe retener la solución el tiempo posible, hasta 10 minutos.
7. Si el enfermo está encamado, colocar bacinilla ó absorbentes.

FECALOMA relacionado con: (ver estreñimiento)

Impactación de masa fecal endurecida, seca y/o pastosa que se encuentra en el tramo inferior del colon y que el enfermo no puede expulsar por sí mismo.

Se puede manifestar por: dolor abdominal, vómitos, anorexia, pseudodiarrea y/o retención urinaria.

OBJETIVO:

1. Restablecer el tránsito intestinal.

OBSERVACIONES:

La decisión de proceder a la extracción directa desde que se diagnostica el fecaloma dependerá de los síntomas que presente el enfermo. Si no le produce muchas molestias de primer intento se procede con un enema de limpieza y si no se resuelve se procede a la extracción manual.

Solución de enema para fecaloma:

Solución para un enema de 1000 ml:

- Un equipo desechable de irrigación.
- 20 cc. lactulosa.

- 20 cc. aceite de oliva ó 150 cc. de glicerina natural.
- 2 microenemas.
- De 15 a 30 ml. de H₂O₂ (favorece la fragmentación de las heces) o una cucharada de bicarbonato (destruye la materia orgánica).
- Resto agua templada.

EXTRACCIÓN MANUAL DEL FECALOMA

ACTIVIDADES:

1. Proporcionar intimidad.
2. Explicar al enfermo y la familia el procedimiento.
3. Es aconsejable la administración de una dosis extra de analgésico o de relajante al enfermo 30 minutos antes, previa orden médica.
4. Colocar al enfermo en la misma posición que para el tacto.
5. Introducir en la ampolla rectal el contenido de 2 envases de lubricante anestésico y esperar 10´.
6. Aconsejar que respire lenta y profundamente.
7. Introducir el dedo índice, previamente lubricado, en el recto lo más profundamente posible moviéndolo en círculos y deshaciendo masas fecales y extrayéndolos con movimientos de retracción del dedo.
8. A lo largo del procedimiento iremos hablándole y tranquilizándole valorando la interrupción del procedimiento si el enfermo no lo puede tolerar. Realizar este procedimiento sin prisa.
9. Si no se ha conseguido extraer todo dejar descansar al enfermo para repetir la maniobra a las 24 h.
10. Ante aparición de dolor intenso o sangrado suspender la extracción.
11. Al final poner un enema de limpieza de 250 ml. para limpiar la ampolla rectal.
12. Lavar la zona perianal con agua jabonosa y dar crema hidratante.

DIARREA

Es la evacuación frecuente (varias veces al día) de heces semilíquidas y/o líquidas.

PROBLEMA: DIARREA relacionada con:

- Obstrucción intestinal.
- Tratamiento farmacológico.
- Fecaloma (sobreflujo, pseudodiarrea).
- Infecciones.
- Exceso de laxantes.
- Por el proceso tumoral.

OBJETIVOS:

1. Valorar las causas de la diarrea.
2. Administrar correctamente el tto. farmacológico.
3. Prevenir la deshidratación.
4. Prevenir el deterioro de la integridad cutánea.

ACTIVIDADES:

1. Identificar signos y síntomas de probable obstrucción intestinal.
2. Descartar fecaloma.
3. Valorar la toma correcta de laxantes.
4. Enseñar al enfermo y/o la familia como se deben tomar.
5. Introducir ingesta de dieta y líquidos astringentes si el estado del enfermo lo permite.
6. Higiene: Mantener la piel limpia y seca y cambiar absorbentes con la frecuencia requerida.
7. Comunicar la valoración al médico.

RETENCIÓN URINARIA

Necesidad constante de orinar con imposibilidad para hacerlo. Habitualmente se presenta de forma brusca con dolor abdominal e intranquilidad.

RETENCIÓN URINARIA relacionada con:

1. Tratamiento farmacológico: opiáceos.
2. Fecaloma.
3. Enfermedad de base.
4. Infecciones.

OBJETIVO:

1. Conseguir el vaciado vesical inmediato.

ACTIVIDADES:

1. Colocar sonda uretral de vaciado urgente en todas las situaciones.
2. Tratar las causas reversibles.
3. Valorar de forma sistemática si el paciente está en coma, estuporoso y con compresión medular.

PROBLEMAS RESPIRATORIOS

Los síntomas respiratorios tienen gran importancia sobre todo por dos motivos: porque aparecen con mucha frecuencia en los enfermos terminales y porque generan gran angustia y ansiedad en el enfermo y la familia.

DISNEA

Dificultad del paciente para respirar normalmente. De causas múltiples y multifactoriales. Las crisis de disnea son unas de las principales urgencias en Cuidados Paliativos.

DISNEA relacionada con:

- Proceso tumoral.
- Asociado a otras patologías.
- Tratamiento oncológico.
- Debilidad.

OBJETIVOS:

1. Mejorar la sensación de falta de aire.
2. Evitar la exacerbación de la disnea provocada por el miedo y la ansiedad.

ACTIVIDADES:

1. Transmitir tranquilidad, confianza y control de la situación.
2. Aplicar medicación pautada y avisar al médico lo antes posible.
3. No dejar nunca solo al enfermo y atender sus demandas.
4. Aflojar la ropa, soltar cinturones, etc.
5. Inducir la relajación del enfermo guiando su respiración.
6. Aplicar aire fresco sobre el rostro, incluso acercando la cama a la ventana, con ventilador, abanicar, etc.
7. Colocar en posición confortable, sentado o semisentado, levantando la cabecera de la cama, con almohadas debajo del colchón, o calzando la cabecera de la cama.
8. Dar soporte emocional a la familia.

9. Adiestrar al cuidador principal para colaborar en los ejercicios respiratorios y de relajación.
10. Instruir al enfermo en aquellas actividades diarias que le produzcan o aumenten la disnea, modificando hábitos.
11. Utilizar humidificadores ambientales como el eucalipto o el mentol.
12. Mantener la boca húmeda y fresca. (Ver cuidados de la boca).
13. Facilitar a la familia los recursos necesarios para el manejo de la situación: medicación, teléfono de urgencia, etc..

TOS

Valorar el tipo de tos: si es productiva, seca, irritativa, etc.

TOS PRODUCTIVA:

ACTIVIDADES:

1. Explicar al enfermo y la familia que el toser favorece la eliminación de secreciones.
2. Enseñar a toser al enfermo (no toser nunca en decúbito supino) valorando riesgo de hemoptisis.
3. Adiestrar a la familia.
4. Mejorar la humedad ambiental.

TOS IRRITATIVA:

ACTIVIDADES:

1. Enseñar al enfermo y la familia a realizar ejercicios respiratorios.
2. Tomar sorbos de líquidos, chupar caramelos si el estado del enfermo lo permite y mantener la boca húmeda (sprays de agua).

HEMOPTISIS

Es la expulsión masiva o en pequeñas cantidades de sangre procedente de vías respiratorias.

Su aparición es de gran impacto para el enfermo y la familia.

OBJETIVO:

1. Preparar a la familia para la posible aparición de una hemoptisis.
2. Instruir en el manejo de la hemorragia.

ACTIVIDADES:

1. Valorar el grado de sangrado y comunicarse con el médico lo antes posible.
2. No dejar nunca al enfermo solo.
3. Colocar al enfermo en decúbito lateral semisentado.
4. Facilitar a la familia los medios necesarios para controlar la situación: medicación, tfno. de urgencia, paños, toallas, etc. de tono oscuro y cómo utilizarlos.
5. Retirar con frecuencia los pañuelos, palanganas, etc., que se utilicen a una bolsa de basura negra o de color oscuro y no transparente.

LIMPIEZA INEFICAZ VÍAS AÉREAS relacionado con:

- Reflejo tusígeno ineficaz.
- Dificultad de expansión torácica.
- Disminución de energía.
- Inmovilidad.

OBJETIVOS:

1. El enfermo respirará con mayor facilidad.
2. Realizará tos eficaz dependiendo de la situación.

ACTIVIDADES:

1. Manifestar disponibilidad para que el enfermo y la familia no se angustien ante la dificultad respiratoria.
2. Valorar el pronóstico del enfermo y si está en situación de agonía (ver cuidados en la agonía).
3. Administrar la medicación pautada.
4. Aumentar, si no hay contraindicaciones la ingesta de líquidos para fluidificar secreciones.
5. Airear y humidificar el ambiente de la habitación.
6. Enseñar al enfermo y la familia, valorando siempre su idoneidad: respiración diafragmática, a toser y drenaje postural respetando siempre las posturas antiálgicas.
7. Evitar ambientes nocivos: tabaco, cambios bruscos de temperatura, productos irritantes de limpieza.
8. Eliminar prendas constrictivas.
9. En traqueostomías, mantener permeable el estoma.

RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA

ACTIVIDADES:

1. Explicar al enfermo y la familia lo que se pretende y pedir su colaboración.
2. Ir explicando a la familia el procedimiento a la vez que se hace el cuidado.
3. Retirar prendas constrictivas.
4. Colocar al enfermo en posición semisentado poner una mano en el abdomen por debajo de las costillas y la otra en el tórax para sentir los movimientos del diafragma.

5. Pedir al enfermo que inspire lenta y profundamente por la nariz observando la elevación del abdomen. A continuación que expulse el aire por la boca con los labios fruncidos contrayendo el abdomen y dejando el tórax quieto.
6. Realizar el ejercicio durante un minuto con intervalos de 2 minutos de descanso.

TOS EFICAZ

ACTIVIDADES:

1. Explicar al enfermo y la familia el procedimiento y lo que se pretende.
2. Quitar prendas constrictivas.
3. Colocar en posición sentada, indicando al enfermo que respire 3 veces de manera breve para seguir con una inspiración profunda por la nariz.
4. A continuación expulsar el aire de golpe contrayendo la musculatura del abdomen con la boca abierta y provocando la tos.

PIEL Y MUCOSAS

RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA relacionado con:

- Inmovilidad.
- Humedad por: hipertermia, incontinencia esfinteriana (intestinal, vesical).
- Estado nutricional.
- Tratamientos.
- Presencia de factores de riesgo circulatorios, neurológicos.
- Déficit de higiene y sequedad de piel.
- Enfermedad de base.

OBJETIVOS

1. Mantendrá la piel limpia y seca.
2. No presentará úlceras por presión.
3. Realizará los cuidados de higiene e hidratación (el enfermo o la familia).

ACTIVIDADES:

1. Promover la movilidad del paciente de acuerdo a su capacidad e instruir a la familia sobre la necesidad de cambios posturales y cómo realizarlos. En la fase agónica respetar la comodidad del enfermo, no están indicados los cambios posturales.
2. Evitar la utilización de fibras sintéticas, gomas, etc., y la formación de pliegues y rozamientos de ropa de vestir y cama. Considerar el uso de colchones antiescaras por su elevado coste.
3. Adiestrar a la familia en una higiene adecuada: fomentar el cambio de ropa, absorbentes, colectores, para evitar el contacto prolongado con la humedad y aconsejar el uso de cremas hidratantes.
4. No utilizar alcohol sobre zonas expuestas al tto. radiotérmico y aplicar cremas hidratantes en pieles no lesionadas. En caso de dermatitis secundaria a tratamiento, utilizar compresas empapadas en Permanganato potásico 1/10000.
5. Vigilar la presencia de micosis, infecciones malolientes, etc. en zonas de riesgo (pliegues).
6. Instruir sobre factores de riesgo y técnicas que favorezcan el riego sanguíneo:
 - Edemas: Elevación de las EEII, protección de talones e hidratación de la piel.
 - Palidez e isquemia: Evitar el frío, proteger la zona para evitar lesiones y si afecta a EEII mantenerlas siempre bajas.
 - Enrojecimiento y falta de sensibilidad: Evitar el calor directo y proteger para evitar lesiones.

ÚLCERAS relacionadas con

- La enfermedad (úlceras malignas).
- La inmovilidad (úlceras por presión).
- Exacerbación de síntomas.

OBJETIVOS:

1. Sentirá confort y bienestar controlando el dolor, el mal olor, las infecciones y las hemorragias.
2. Mejorará la autoestima y la autoimagen.

ÚLCERAS POR PRESIÓN

La gravedad del enfermo y su pronóstico nos indicarán las decisiones a tomar en cuanto al tipo de cura, su tratamiento y frecuencia. No perder de vista los objetivos.

ÚLCERAS MALIGNAS O TUMORALES

Pueden ser debidas al propio tumor o a las metástasis.

La frecuencia de las curas dependerá de la existencia del exudado y el mal olor.

ACTIVIDADES:

1. Tener especial cuidado al retirar el apósito para no provocar sangrado: empapar el apósito antes de retirarlo durante aprox. 3 minutos con SUERO SALINO + H₂O₂.
2. Utilizar jeringas para verter la solución si la úlcera se encuentra cerca de una traqueostomía.
3. Cura de la úlcera (si no hay otra indicación):

- Limpiar la herida con suero salino. Si se utiliza gasa, hacerlo con toques suaves para no provocar sangrado.

- Si aparece sangrado, colocar apósitos hemostáticos o compresas empapadas en H₂O₂ + salino al 50%.
 - Si la úlcera es maloliente se puede utilizar apósitos y/o productos de carbón activado y gel de metronidazol comercializados en farmacias.
 - Colocar directamente sobre la herida un tul para que no se pegue el apósito y tapar.
 - Antes de cubrir la herida proteger la zona circundante con apósitos que no permitan la expansión del exudado, a veces abundante, de este tipo de úlceras.
4. Cuando las úlceras están en lugares visibles y son desfigurantes utilizar vendajes apropiados pero discretos.

PROBLEMAS DE LA BOCA

El cuidado de la boca en las personas en situación terminal constituye un aspecto importante de la intervención de enfermería; un alto porcentaje de enfermos padecen algún tipo de trastorno por diferentes causas: tto. farmacológicos, radioterapia, quimioterapia, higiene insuficiente, etc y dentro de estas alteraciones la más frecuente es la sequedad de boca (el 60-70% de enfermos terminales la padecen). Las alteraciones de la boca causan gran disconfort en el enfermo.

OBJETIVOS

1. Mantendrá la boca limpia y húmeda, sin dolor ni infecciones.

BOCA SECA RELACIONADA CON:

- Radioterapia en cabeza y cuello.
- Fármacos (opiáceos, hioscina, antidepresivos, antihistamínicos) y oxigenoterapia.
- Deshidratación.
- Respiración bucal.
- Ansiedad, etc.

ACTIVIDADES:

1. Limpiar la boca como mínimo 2 veces al día con un cepillo suave, incluida la lengua (Cuidado con aquellos enfermos con riesgo de hemorragia por las encías).
2. Enjuagar la boca antes y después de las comidas y durante el día con: manzanilla (sedante) y limón (estimulante de la salivación): 1 l. manzanilla / zumo de 1 limón. Si hay lesiones hacerlo sin limón.
3. Chupar cubitos de hielo de zumos de frutas o si se puede trozos de piña natural sin azúcar, mascar chicles sin azúcar.
4. Tomar pequeñas porciones de helado, jugos o bebidas frescas. (Evitar bebidas excesivamente azucaradas).
5. Sprays de saliva artificial o de agua mineral con la frecuencia que se quiera. (Aconsejar pulverizadores de plástico pues son baratos y se puede reponer el agua cada vez).
6. Hidratar los labios con crema de cacao, aceite de oliva o cremas hidratantes.
7. Enseñar y adiestrar al enfermo y la familia en los cuidados de la boca.

Comidas:

1. Antes de comer humedecer la boca con líquidos y en los labios se puede dar crema de cacao.
2. Durante la comida tomar pequeños sorbos de líquido.
3. Remojar el pan, las galletas, etc. en el café con leche, cacao, etc.
4. Mezclar los alimentos con salsas y aderezos.
5. Servir alimentos jugosos que apetezcan al enfermo, blandos, líquidos: purés de legumbres, frutas, yogures, natillas, flanes, etc. en medias raciones.
6. Tomar líquidos abundantes según apetencia.

BOCA SUCIA RELACIONADA CON:

- la falta de higiene bucal.
- alteraciones digestivas.

Se manifiesta por la existencia de placas de detritus ó costras, restos alimenticios y halitosis.

ACTIVIDADES:

1. Limpiar con un cepillo blando o una torunda de gasa empapada en una solución de:
 - 3/4 partes de s. fisiológico +1/4 de H₂O₂ ó
 - 1 cuch bicarbonato + 1 vaso de agua ó
 - ó sidra + soda al 50%
2. Realizar enjuagues varias veces al día con cualquiera de las soluciones anteriores.
3. Sumergir las dentaduras postizas durante la noche en un recipiente de agua con hipoclorito sódico (lejía) al 1% enjuagando bien antes de ponérselas.
4. Continuar con los cuidados de la boca seca si precisa.

BOCA CON DOLOR RELACIONADA CON:

- Alteración de la mucosa por radioterapia o quimioterapia.
- El cáncer oral.
- Las infecciones.
- Las inflamaciones y úlceras.
- Las dentaduras postizas.

ACTIVIDADES:

1. Tratar las infecciones.
2. Uso de anestésicos tópicos, por ej.: Xilocaína gel 30' antes de las comidas.

3. Después de comer enjuagar la boca con una solución de: 1/2 cucharadita de bicarbonato en una tacita de agua tibia.
4. Hacer enjuagues con manzanilla varias veces al día.

MICOSIS OROFARÍNGEAS RELACIONADAS CON:

- Quimioterapia y radioterapia.
- Tratamientos con corticoides.
- Enfermos inmunodeprimidos.

ACTIVIDADES:

1. Detectar signos y síntomas de micosis.
2. Comunicar al médico si aparecen.
3. Explicar al enfermo y la familia la aplicación del tratamiento y los cuidados de la boca.
4. Si el paciente es portador de prótesis dentales móviles, éstas deben limpiarse adecuadamente y sumergir en una solución de nistatina durante toda la noche. A lo anterior hay que añadir siempre la higiene oral correcta, evitar dentro de lo posible los factores predisponentes y utilizar las medidas habituales que minimicen los síntomas de las micosis orofaríngeas.
5. Evitar bebidas azucaradas.
6. Arrastrar por cepillado las placas micóticas.

SUGERENCIAS:

1. Como desbridantes:
Indicados para eliminar placas bacterianas, costras o ablandar la suciedad de la lengua:
Enjuagar la boca con agua tibia después de las comidas con cualquiera de estas soluciones durante 2-3 días.
 - 1/2 cucharilla de bicarbonato / 1 vaso grande de agua.

- 1/2 cucharilla de sal + 1/2 cucharilla de bicarbonato / 1 vaso grande de agua.
- Se pueden utilizar las mismas soluciones que para los cuidados de la boca sucia.
- Tras el enjuague con nistatina no realizar ningún otro para dejar que la medicación haga su efecto.

Para arrastre de costras y suciedad:

- Preparar solución de 1/2 vaso de vaselina líquida + 1/2 vaso de zumo de limón batirlo bien y con una torunda limpiar la boca.
- Revisar la boca durante el proceso pues a veces los desbridantes pueden lesionar la mucosa.

2. Como antisépticos:

Enjuagues con:

- Povidona para gargarismos + agua al 50%.
- H₂O₂ + agua al 50%.
- Clorhexidrina acuosa para vía oral (comercializada en farmacias).
- Enjuagues con llantén: Infusión de 2 sobres de llantén / 1litro de agua.

2. Como preventivo para la boca seca y dolorosa:

- Enjuagues con llantén.

TERMORREGULACIÓN

El no mantenimiento de una adecuada temperatura corporal tanto por exceso (hipertermia) como por defecto (hipotermia) suele ir acompañado de síntomas que inciden en el bienestar del enfermo.

OBJETIVOS:

1. Mantendrá la temperatura corporal dentro de unos parámetros que permitan el alivio de la sintomatología.

HIPERTERMIA

ACTIVIDADES:

1. Mantener una temperatura ambiental fresca.
2. Favorecer la pérdida de calor retirando ropas de vestir y de cama.
3. Ofrecer líquidos frescos según tolerancia.
4. Promover el confort cambiando las ropas, las sábanas, almohadas, etc.
5. Comunicar al médico la valoración.
6. Administrar fármacos antipiréticos y educar al cuidador principal en su correcto manejo.

HIPOTERMIA

ACTIVIDADES:

1. Mantener una temperatura ambiental templada.
2. Impedir la pérdida de calor mediante las ropas de vestir y cama.
3. Administrar líquidos templados según tolerancia.

DOLOR

Es cuando el enfermo dice que le duele.

Relacionado con:

- La enfermedad.

- Los tratamientos.
- Algunos procedimientos.
- Debilidad, etc.

OBJETIVO:

Manifestará tener el dolor controlado.

ACTIVIDADES:

1. CREER AL ENFERMO.
2. Valoración del dolor:
 - Tipo de dolor: sordo, punzante, opresivo, quemazón, etc.
 - Localización.
 - Intensidad (Escala numérica, EVA) 0 nada de dolor y 10 el mayor dolor imaginable.
 - Frecuencia: cuándo apareció, cuánto dura, con qué frecuencia aparece.
3. Valorar la eficacia de la analgesia administrada.
4. Enseñar y respetar posturas antiálgicas.
5. Asegurar que tiene pautados laxantes si el enfermo toma opiáceos.
6. Informar, educar y responsabilizar al enfermo y familia del plan terapéutico:
 - Tratamiento, vías de administración, horarios.
 - Adaptar horarios de visita y actividades a las necesidades del enfermo.
7. Aplicar técnicas incruentas del tto. del dolor que se pueden utilizar por sí solas ó como adyuvantes:
 - estimulación cutánea: calor, frío, masaje.
 - distracción, relajación, etc.
8. NO USAR PLACEBOS.

ESCALERA ANALGÉSICA DE LA O.M.S

1er escalón	2º escalón	3er escalón
Analgésico periférico +/-	Opiáceo débil +/- Analgésico	Opiáceo potente +/- Analgésico
Coanalgésico	periférico +/- Coanalgésico	periférico +/- Coanalgésico

Analgésicos periféricos: Paracetamol, metamizol, diclofenaco, ketorolaco, naproxeno, ibuprofeno.

Coanalgésicos: Corticoides, antidepresivos, anticonvulsivantes, fenotiazinas.

Opiáceos débiles: Codeína, dihidrocodeína, tramadol.

Opiáceos potentes: Morfina, metadona, fentanilo.

REPOSO/ SUEÑO

PROBLEMA/COMPLICACIÓN: ALTERACIÓN DEL PATRÓN DE SUEÑO

Causa malestar e interfiere en el estilo de vida deseado. Además favorece la claudicación familiar.

ALTERACIÓN DEL PATRÓN DE SUEÑO relacionado con:

1. Mal control de síntomas.
2. Ansiedad.
3. Cambios ambientales: horas de acostarse y levantarse, entorno ruidoso o desconocido, temperatura ambiental.
4. Medicación (corticoides, diuréticos).

OJETIVO:

1. El enfermo manifestará haber dormido.

ACTIVIDADES:

1. Preguntar las horas y calidad del sueño.
2. Proporcionar alivio del dolor y medidas de bienestar.
3. Explicar los efectos deseados de la medicación y los posibles efectos adversos (sedación, boca seca).
4. Revisar medicación que toma por si fuera la causa del insomnio, en caso necesario consultar con el médico que lo ha prescrito.
5. Aconsejar medidas que inducen a conciliar el sueño: respetar horarios de sueño y descanso, el vaciamiento vesical, leche o una infusión caliente, ropa limpia, música suave, lectura, reducir la estimulación ambiental (lucos, ruidos, etc.), técnicas de relajación, masajes.
6. Animar al paciente a expresar sus sentimientos y pensamientos para reducir el nivel de preocupación que dificulta el sueño.
7. Aumentar, si es posible, el nivel de actividad durante el día: pasear, hacer trabajos manuales, permanecer sentado fuera de la cama, etc.

OCIO, RECREO.

¿Porqué es importante tener cubierta esta necesidad?

Aumenta la capacidad de hacer frente a estímulos negativos.

Es importante fomentar el más alto nivel de relación social posible para mantener / aumentar la autoestima y alcanzar el mayor nivel de autorealización posible.

DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS relacionado con:

- Mal control de síntomas.
- Preocupaciones personales relacionados con el futuro.
- Astenia.

- Soledad.
- Depresión, angustia, ansiedad, desinterés.
- Falta de recursos.
- Aislamiento social.
- Falta de conocimiento.

OBJETIVO:

Favorecer actividades sociales y de distracción acordes con la situación del enfermo: conocimiento, voluntad, situación funcional y recursos propios y del sistema.

ACTIVIDADES:

1. Informar a la familia para posibilitar y favorecer el contacto con los componentes de apoyo social: familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, voluntariado.
2. Favorecer las necesidades de ocio y distracción como por ej.: tomar el sol, salir a pasear, colaborar en las tareas del hogar, escuchar música, radio, TV, viajes.
3. Promover la oferta relacionada con el entretenimiento: bibliotecas, terapias ocupacionales, lugares de reunión.

VALORES Y CREENCIAS

PROBLEMA/COMPLICACIÓN: SUFRIMIENTO ESPIRITUAL relacionado con:

1. Conflicto con las creencias y valores del individuo: significado de la propia existencia, de la vida, muerte y enfermedad.
2. Dificultad o incapacidad para seguir las prácticas o rituales religiosos o ser fiel al propio orden de valores.

3. Conflicto entre la terapia propuesta y orden de valores / preceptos religiosos del individuo.
4. Necesidad de reconciliación.

OBJETIVOS

1. El enfermo expresará sus sentimientos respecto de los valores.
2. Recibirá la ayuda espiritual y/o psicológica que demande.
3. Logrará, si es posible, la reconciliación con el entorno y consigo mismo.

ACTIVIDADES:

1. Reservar y planificar un tiempo adecuado que favorezca la comunicación -actuar sin prisa-.
2. Ayudar al enfermo a expresar la naturaleza del conflicto en que se encuentra, posibles soluciones, alternativas.
3. Facilitar la asistencia espiritual y/o psicológica que demande.
4. Facilitar el clima adecuado en su entorno para resolver temas pendientes que pudiera tener.

TRASTORNO DE LA AUTOESTIMA relacionado con:

1. Enfermedad socialmente rechazada: SIDA, algunos cánceres, etc.
2. Percepción de sí mismo:
 - Sentimientos de inferioridad, culpa, inseguridad.
 - Fracaso: Actitud frente a los propios logros, objetivos inalcanzados.
3. Pérdida de control emocional y dificultad para expresar ideas, sentimientos y deseos.
4. Cambios en la imagen corporal.
5. Pérdida de roles.

OBJETIVOS:

1. El enfermo expresará lo que le preocupa y produce sentimientos negativos.
2. El enfermo expresará sentimientos positivos hacia sí mismo y hacia sus logros.

ACTIVIDADES:

1. Reservar y planificar un tiempo adecuado que favorezca la comunicación -actuar sin prisa-.
2. Tranquilizarle asegurándole que su comportamiento es normal y esperado.
3. Valorar los aspectos y logros positivos del quehacer cotidiano.
4. Ayudar a establecer pautas de conducta que ayuden a normalizar aspectos de la vida que estén alterados: autocuidado, participación de la vida social, etc. Tener en cuenta la capacidad y voluntad del enfermo.
5. Hacerle partícipe en la medida de lo posible en las decisiones sobre sus cuidados. Evitar actitudes paternalistas e infantilistas.
6. Ayudarle en la adaptación al cambio de rol cuando lo precise.
7. Invitar a la familia a realzar los valores y logros positivos del enfermo.

COMUNICACIÓN

Es el intercambio y expresión de información sentimientos, pensamientos o ideas entre dos o mas personas.

OBJETIVOS:

El enfermo expresará y recibirá una respuesta a sus necesidades.

ACTIVIDADES:

1. Reservar tiempo y espacio para estar con el enfermo. Estas visitas deben ser planificadas igual que lo hacemos con los inyectables y las curas.
2. Escucha activa.
3. Hacer preguntas directas y abiertas asegurándose la adecuada comprensión: ¿Qué es lo que más le preocupa?, ¿Qué es lo que más le ayudaría?, ¿Cómo se siente?, En este momento cual es el problema/as que más le molestan?, ¿En qué más le podemos ayudar?, etc.
4. Detectar déficits de comunicación entre los distintos niveles: profesionales, familiares, favoreciendo su resolución.
5. Facilitar técnicas de comunicación adecuados a la limitación y recursos existentes (dibujos, escritura, signos, etc.).
6. Enseñar a formular frases cortas, pausas en la conversación, respirar correctamente al hablar o intercalar pausas de descanso, en caso de, debilidad extrema o falta de aliento

ANSIEDAD relacionado con:

1. Miedo a:
 - la muerte
 - al abandono
 - a la soledad y el aislamiento y la incompreensión
 - al dolor
 - al tratamiento
 - a la evolución del proceso
 - a la pérdida de conciencia
 - a ser una carga para otros
2. Pérdida de la vida y la familia.
3. Cambios en el estilo de vida, desempeño del rol, actividad social.

4. Adaptación a la enfermedad y sus complicaciones (Disnea).

OBJETIVOS:

1. Mejorará la adaptación a la situación de acuerdo a las causas expresadas por el enfermo.

ACTIVIDADES:

1. Manifestar presencia y disponibilidad.
2. Favorecer la expresión de sentimientos con escucha activa. Evitar actitudes paternalistas.
3. Disponer de un entorno agradable y tranquilo. Proporcionar intimidad.
4. Respetar los deseos de soledad o compañía.
5. Promover actividades recreativas y de ocio.
6. Realizar con el enfermo una valoración realista de la situación en caso de sentimientos de abandono: ¿es real o es que la familia está atendiendo otras responsabilidades?
7. Facilitar y aconsejar la presencia de familiares y amigos.
8. Informar de la existencia de tratamientos y métodos para controlar el dolor y otros síntomas.
9. Ayudar al reconocimiento de los diferentes roles que tenemos en la vida (incluso cuando cambia un rol otros permanecen inalterados).
10. Tranquilizar transmitiendo que estaremos allí si surgen nuevos problemas para controlarlos.
11. Hablar con la familia sobre el manejo de la situación.
12. Proporcionar una luz por la noche sin miedo a la oscuridad.
13. Comunicar al médico la existencia del problema.

AGONÍA

Es el estado previo a la muerte en aquellas situaciones en las que la vida se extingue gradualmente.

MANIFESTACIONES:

1. Deterioro evidente del estado físico.
2. Disminución del nivel de conciencia, desorientación y/o trastornos en la comunicación.
3. Dificultad o incapacidad para la ingesta de alimentos.
4. Incontinencia urinaria y/o fecal, anuria.
5. Respiración húmeda y ruidosa: estertores.
6. Espasmos musculares: mioclonías.
7. Alteración constantes vitales.
8. Livideces en la piel, etc.

OBJETIVOS del enfermo:

1. Recibirá los cuidados de confort necesarios para que la transición entre la vida y la muerte se realice de acuerdo con las expectativas y deseos del paciente.

ACTIVIDADES CON EL ENFERMO:

1. Comunicar al médico la nueva situación para que éste realice el reajuste del tratamiento farmacológico dejando solo los medicamentos de utilidad inmediata.
2. La vía de elección para la administración de fármacos será la subcutánea.
3. El objetivo en los cambios posturales y la higiene de la piel y la boca será el confort.
4. Cuando el enfermo empieza con estertores no se debe realizar aspiración de secreciones. Hay que estar alerta a los ruidos respiratorios para detectarlos a tiempo y

- controlarlos con medicación y medidas posturales como el decúbito lateral para que no angustien a la familia.
5. Favorecer los cuidados espirituales teniendo en cuenta los deseos expresados por el enfermo y sus creencias religiosas.
 6. Procurar entorno al enfermo un ambiente en el que prime la serenidad, la calidez y la compañía.

LA FAMILIA presenta:

1. Gran impacto por la cercanía de la pérdida.
2. Aumenta la demanda de atención y soporte.
3. Aparecen a veces reivindicaciones terapéuticas poco realistas, sobre todo en aquellos casos en los que no ha habido una buena comunicación previa.
4. Gran necesidad de información sobre el proceso final y el paso de la vida a la muerte.

OBJETIVO de la familia:

1. La familia recibirá el soporte e información necesaria para afrontar la situación.

ACTIVIDADES CON LA FAMILIA:

1. Ofrecer disponibilidad.
2. Explicar a la familia la nueva situación de forma que puedan planificar la despedida.
3. Prestar especial atención al cuidador principal destacando el valor del trabajo realizado.
4. Implicar a la familia en los cuidados de confort restando importancia a aspectos como la alimentación e hidratación.
5. Recordar a la familia la importancia de la comunicación tanto verbal como no verbal aún estando con muy bajo nivel de conciencia.

6. Explicar el proceso de la muerte, con el fin de que la familia se vaya adaptando a los cambios que se van produciendo
7. Informar de los trámites administrativos después de la muerte, procurando no implicar al cuidador principal o al más emocionalmente afectado.
8. Incrementar el número de visitas del personal sanitario.

CUIDADOS POST-MORTEM AL FALLECIDO:

1. Ser respetuosos.
2. No cubrir la cara hasta que la familia se haya despedido.
3. Permitir a la familia participar en el cuidado.
4. Lavar al fallecido y retirar sondas, vías, etc.
5. Colocar prótesis bucal si lo tuviera.
6. Obturar orificios anatómicos.
7. Cerrar ojos y boca con sprays adhesivos.
8. Cubrir lesiones con apósitos.

CUIDADOS POST-MORTEM A LA FAMILIA:

1. Permitir expresión de sentimientos.
2. Facilitar el contacto y visión del fallecido.
3. Reforzar positivamente los cuidados que han prestado al enfermo.
4. Ofrecer disponibilidad y ayuda.

LA FAMILIA

Es una parte esencial dentro de los Cuidados Paliativos. Forma parte del núcleo de nuestros cuidados junto con el enfermo. A parte de estar afectivamente implicada su presencia es indispensable para asegurar la continuidad de los cuidados y debe recibir la atención e instrucciones necesarias por parte del equipo con el fin de favorecer la adaptación de ambos al proceso.

DISFUNCIÓN FAMILIAR relacionado con:

1. Impacto emocional.
2. Tareas.
3. Necesidades.

IMPACTO EMOCIONAL:

1. Debido al diagnóstico y pronóstico de la enfermedad.
2. Al sufrimiento del enfermo y a hablar con él sobre su enfermedad.
3. A la pérdida.
4. A estar solo con el enfermo cuando fallezca o a no encontrarse allí en el momento de la muerte, etc.

TAREAS:

1. Toma de decisiones.
2. Sobrecarga de trabajo.
3. Cambio de roles.

NECESIDADES:

1. De información del proceso.
2. De disponibilidad y apoyo del equipo sanitario.
3. De privacidad e intimidad para el contacto físico y emocional.
4. De participar en los cuidados.

OBJETIVOS:

1. La familia participará activa y/o afectivamente durante todo el proceso.

ACTIVIDADES:

1. Establecer objetivos y planes de cuidados consensuados entre el enfermo, la familia y el equipo.
2. Informar y adiestrar en los cuidados y administración de tratamientos.
3. Dar información continua del proceso, los cambios adaptativos y control de los mismos (adelantándose en lo posible a la aparición de nuevos problemas o síntomas).
4. Reforzar por parte de los sanitarios la labor de los cuidadores reconociendo su labor.
5. Aconsejar al cuidador principal dedicarse tiempo para el ocio.
6. Facilitar la comunicación entre todos los miembros de la unidad familiar.
7. Proporcionar un ambiente adecuado para favorecer la intimidad y la expresión de sentimientos.
8. Informar de los recursos sanitarios y sociales existentes: servicios, horarios, teléfonos de urgencia, del centro de salud al que pertenece y donde deben acudir en cada momento, etc.

CLAUDICACIÓN FAMILIAR

Es la incapacidad de afrontar y soportar las demandas emocionales y físicas que requieren los enfermos, claudicando y dejándolo todo en manos del personal sanitario, siendo una de las primeras causas de ingreso.

RIESGO DE CLAUDICACIÓN FAMILIAR relacionada con:

1. Soledad, ansiedad, sentimientos de pérdida, cansancio, estrés, etc.
2. Aparición de problemas y síntomas mal controlados.
3. Unidad familiar reducida.
4. Estructura física del domicilio poco apropiada.

OBJETIVO:

La familia recibirá el soporte necesario para evitar la claudicación y los problemas derivados.

ACTIVIDADES:

1. Todas las actividades descritas anteriormente para el soporte de la familia.
2. Estar alerta ante las situaciones favorecedoras de una claudicación.
3. Aconsejar la implicación del entorno afectivo y social para el reparto de tareas.
4. Valorar ingreso en Unidad de Cuidados Paliativos u otro servicio si la situación lo requiere.
5. Desdramatizar y desculpabilizar a la familia ante posibles ingresos.

CLAUDICACIÓN relacionada con (ver en Riesgo de)

OBJETIVO:

La familia dispondrá de los recursos socio-sanitarios existentes.

ACTIVIDADES:

1. Comunicar al médico para valorar ingreso en Unidad de Cuidados Paliativos u otro hospital.
2. Desdramatizar y desculpabilizar a la familia ante el ingreso.

EL DUELO

Es la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto, o evento significativo. Incluye componentes físicos, psicoló-

gicos y sociales, con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida (M. Gómez Sancho).

El duelo comienza antes del fallecimiento (excepto en las muertes repentinas) y no se sabe exactamente cuándo termina, posiblemente cuando el doliente pueda pensar en el fallecido sin tener una fuerte sensación de dolor.

VALORACIÓN:

1. Manifestaciones físicas: anorexia, pérdida de peso, insomnio, disminución del interés sexual, aumento de la morbilidad.
2. Manifestaciones psicológicas: ansiedad, tristeza, dificultades en la atención y concentración, apatía y desinterés, sentimientos de culpa, llanto, etc.
3. Manifestaciones sociales: rechazo a los demás, tendencia al aislamiento e hiperactividad.

TIPOS DE DUELO:

1. Duelo anticipado: Es el duelo expresado con anterioridad a la pérdida que se percibe como inevitable y concluye con la pérdida. También se puede dar en los profesionales sanitarios con los pacientes considerados en trance de muerte.
2. Duelo retardado: Se manifiesta en aquellas personas que parecen tener el control de la situación sin dar signos aparentes de sufrimiento.
3. Duelo crónico: El superviviente es absorbido por constantes recuerdos y es incapaz de reinsertarse en la sociedad.
4. Duelo patológico: La persona se ve superada por la gravedad de la pérdida y los equilibrios físicos y psíquicos se rompen.

OBJETIVOS:

1. Aceptará la realidad de la pérdida.

ACTIVIDADES:

1. Ofrecer presencia y disponibilidad.
2. Analizar con la persona sus fuerzas y recursos.
3. Animar a contar con personas significativas en su vida para que le ofrezcan apoyo.
4. Animar en el uso de recursos espirituales.
5. No forzar la adaptación rápida de la persona al cambio, aceptando su modelo de ajuste.
6. No intentar animar a la persona afligida (la incapacidad de responder aumenta la sensación de pena).
7. Mandar mensajes positivos de su actitud hacia el enfermo, de sus cuidados, su entrega, etc.
8. Favorecer la presencia en el momento de la muerte y desdramatizar y desculpabilizar si no ha sido posible.
9. Animar a hablar del difunto.
10. Ayudar a identificar y expresar sentimientos y emociones: enfado, culpa, ansiedad, impotencia y tristeza.
11. Aconsejar que debe darse tiempo para dolerse, cada persona tiene su propio ritmo.
12. Tranquilizar explicando que las reacciones que siente son normales.
13. Dar soporte continuado interesándose periódicamente.
14. Identificar posible patología: Cuando la persona no ha evolucionado en el primer año en la aceptación de la pérdida ó experimenta reacciones como depresión, hipocondría, alcoholismo, pensamientos de suicidio, etc. Consultar y derivar.

RECURSOS SOCIALES

FALTA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS RECURSOS COMUNITARIOS EXISTENTES

OBJETIVO:

Se informará al enfermo y la familia de los recursos materiales y humanos existentes en la comunidad.

ACTIVIDADES:

1. Valorar las necesidades del enfermo y la familia.
2. Buscar el recurso específico para cada situación.

RECURSOS DISPONIBLES:

1. Equipo Consultor de Cuidados Paliativos (Osakidetza) ubicado en el Hospital Donostia: Valora necesidades, incluidas las sociosanitarias y coordina ingreso en Unidad de Cuidados Paliativos, Asociación contra el Cáncer, Hospitalización a domicilio, Hospital de día, etc. Teléfono: 943007438
2. Trabajadora/r Social de base ubicada en el Departamento de Bienestar Social de cada Ayuntamiento. Existe este recurso en algunos Centros de Salud. Valoran necesidad de apoyo domiciliario, coordina las trabajadoras domiciliarias, Programas respiro, contactos con otras asociaciones, etc.
3. Asociación española contra el cáncer: recursos materiales (camas específicas, grúas) y voluntariado.
4. Parroquias: voluntariado, Asistente espiritual, etc.

VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

En cuidados Paliativos se pueden utilizar diversas vías para la administración de medicamentos: Oral, transdérmica, sublingual, rectal, subcutánea, intravenosa, intratecal, etc. dependiendo del estado del enfermo y el buen o mal control de los síntomas que presenta.

A la hora de escoger una vía se debe tener en cuenta:

1. Que permita autonomía al enfermo.
2. Fácil utilización.
3. Lo menos agresiva posible.
4. Pocos efectos secundarios.

Por todo esto, la vía idónea para la administración de medicamentos es la vía oral.

Para situaciones específicas se utilizan la transdérmica, sublingual, rectal, intratecal, intravenosa.

¿Qué hacer cuando la vía oral no es posible? Se da en las siguientes circunstancias:

- Náuseas y vómitos.
- Disfagia.
- Intolerancia a fármacos por vía oral.
- Debilidad extrema.
- Inconsciencia, coma.

La siguiente vía de elección es la VÍA SUBCUTÁNEA ya que la mayoría de los fármacos que se necesitan para el control de síntomas no están disponibles en las demás presentaciones.

VÍA SUBCUTÁNEA

Ventajas:

- Técnica poco agresiva.
- No precisa hospitalización.

- Fácil utilización.
- Autonomía para el enfermo.
- Menos complicaciones que la intravenosa.
- Evita pinchazos frecuentes.
- Permite un control simultáneo de síntomas.

Desventajas:

- Disminución de la capacidad de absorción.

Complicaciones:

- Edema, irritación e infección local.
- Desconexiones accidentales y fugas.

Forma de administración de medicación:

- Bolus.
- Infusión continua.
- Bolus extra.

Procedimiento:

- Informar al enfermo y la familia sobre el procedimiento y las razones.
- Preparar una palomita y/o catéter del calibre 23G, 24G, 25G y la medicación prescrita.
- Desinfectar la zona escogida.
- Tomar en pellizco la piel de la zona de punción e insertar la palomita con un ángulo aprox. de 45°.
- Colocar apósito autoadhesivo transparente para la valoración continua de la zona de punción.
- Colocar tapón con membrana permeable para administración de medicación.
- Al meter la medicación hacerlo dando un ligero masaje circular por encima de la zona de punción para favorecer la expansión del medicamento a través del tejido subcutáneo.

Zonas de punción:

- Parte anterior del tórax: zona infraclavicular.
- Parte anterior y externa de los brazos: zona deltoidea.

- Cuadrantes superiores del abdomen y la parte anterior de los muslos. Sólo utilizarlos si es preciso pues son mas incómodas para el enfermo.

No insertar:

- Zonas sometidas a radioterapia.
- Zonas edematosas.
- Zonas con alteración cutánea.

Cuidados:

- Información y adiestramiento al enfermo y la familia.
- Vigilar aparición de signos de irritación. Cambiar de lugar si aparece alguna complicación en la zona de inserción.
- Prestar atención a las precipitaciones de los fármacos.
- Vigilar desconexiones del adaptador u otros dispositivos.

Algunos fármacos que se pueden utilizar por vía subcutánea:

- Morfina: dolor y disnea.
- Midazolam: sedación.
- Hioscina simple: Evitar acumulo secreciones.
- Metoclopramida: Náuseas y vómitos.
- Haloperidol: agitación y vómitos.
- Dexametasona: antiinflamatorio*.
- Ketorolaco: antiinflamatorio*.

* No mezclar con otros fármacos. Coger otra vía subcutánea si se precisa su administración.

INFUSION CONTINUA

Consiste en la administración de medicación por vía subcutánea de forma continuada por medio de infusores.

Ventajas:

- Concentración plasmática constante
- Disminuye la dependencia del cuidador ó del personal de enfermería.
- Permite movilidad
- Permite el control simultáneo de varis síntomas

Deben ser:

- Fiables
- Sin complicaciones técnicas
- Ligeras
- Permitir movilidad

Existen bombas y reservorios de diferentes capacidades y velocidades o flujos de infusión. Es importante saber que el flujo viene predeterminado en cada bomba o reservorio y no se puede modificar, excepto en los electrónicos.

Tipos de Infusores:

- Electrónicos: Utilizados habitualmente en el hospital. Son complejos para uso domiciliario.
- Elastoméricos: Tipo BAXTER o SUREFUSER(Izasa)
- Mecánicos: Tipo PARAGON (Izasa)

Los mecánicos y elastoméricos constan de un reservorio donde se introduce la medicación que va entrando en el tejido subcutáneo de forma constante por la presión que se ejerce y el flujo de salida del infusor.

Cálculo del VOLUMEN DE INFUSION:

Se debe conocer:

- La velocidad ó flujo de infusión de los infusores disponibles en los centros
- El número de días para los que se va a colocar el infusor
- Que en el Volumen total de infusión es igual al Volumen en medicación en ml. más el suero , en caso que se precise completar. Corresponde al volumen que se debe cargar en el infusor para que pase la medicación en el tiempo deseado.

$$\underline{Vt \text{ (ml)} = F \text{ (ml/h)} \times 24h \times N^{\circ} \text{ días}}$$

Volumen total de infusión (en ml.) = Vt

Velocidad o flujo de infusión (en ml/h) =F

24 horas; N° de días

Si el volumen de medicación es inferior al Volumen total , la diferencia se debe añadir con suero fisiológico.

Volumen total de infusión según la duración y el flujo ó velocidad del infusor:

Velocidad infusor	0,5 ml / h	1ml / h	2ml / h	4ml /h
Duración	VOLUMEN TOTAL DE INFUSION			
12 h			24	48
24 h		24	48	96
2 días		48	96	
3 días		72		
4 días	48	96		
5 días	60			
6 días	72			
7 días	84			
8 días	96			

MEDICACIÓN MÁS UTILIZADA:

ANALGÉSICOS:

1er escalón	2º escalón	3er escalón
Acido acetil salicílico:	Codeína: Codeisan	Morfina liberación rápida: c/ 4h.:
Aspirina, AAS, Adiro	Dihidrocodeína: Contugesic	Cloruro mórfico 0,01 Y 0,02
Paracetamol: Febrectal,	Tramadol: Adolonta, Tramadol	Cl.Mórfico 2% - 20cc = 400 mg
Gelocatil, Termalgim		Sevredol comp de 10 y 20 mg
Metamizol: Nolotil		Solución Brompton
Acetclfenaco: Airtal		Morfina liberación lenta: c/ 12h:
Diclofenaco: Diclofenaco		M S T Continus comp de 10, 30
Voltaren		60, 100 y 200 mg
Naproxeno: Naproxin		Skenan
Ketorolaco: Droal, Toradol		Fentanilo:
Tonum.		Durogesic trasdermico de
		25, 50 y 100.1 parche c/ 72h
		Metasedin ampollas
		Metadona solución

COANALGÉSICOS:

Corticoides	Anti-depresivos	Anticonvulsivantes	Fenotiazinas
Dexametasona:	Amitriptilina: Tryptizol	Carbamacepina Tegretol	Clopromazina Largactil
Fortecortin amp 4mg	Comp. 10, 25, 50 y 75 mg	Comp. 200 y 400 mg	Comp 25 y 100 mg.
Fortecortin 40, amp 40m			Amp 25 mg
Prednisona: Dacortin			
Comp 2.5, 5 y 30 mg			

ANOREXIA:

Corticoides	Megestrol
Dacortin	Maygace. Comp de 40 y 160 mg
Fortecortin	Megefren. Comp de 160 mg
	Borea. Comp de 160mg

ANTIEMÉTICOS:

Actuación a nivel central:

Butirofenonas	Fenotiazinas
Haloperidol: Haloperidol	Clopromazina: Largactil
Ampollas de 5mg/ml. Comp de 10 mg	Cuando se precisa más sedación
Gotas: 10 gts = 1mg haloperidol	

Actuación a nivel periférico:

Aumentan la motilidad del esófago, disminuyen el tiempo de tránsito en el intestino delgado y aumentan la frecuencia de contracciones en el duodeno.

Ortopramidas

Metoclopramida: **Primperan**. Ampollas 10mg y Suspensión 10 ml = 10 mg

Domperidone: **Motilium**. Compr 10mg; Supositorios 60mg; Suspensión 10 ml = 10 mg

ANTIMICÓTICOS:

Nistatina: Mycostatin: Grageas y suspensión
Fluconazol: Loitin, Diflucam (ver Vademecum)

DISNEA:

Opiáceos	Benzodiazepinas
Morfina: Disminuye frecuencia respiratoria	Midazolam: Dormicum: Sedación Ampollas 15 mg. Comp 7.5 mg

HIPO:

Clorpromazina: Largactil

INSOMNIO

Hipnóticos y sedantes	Tranquilizantes
Lormetazepam: Loramet: Comp de 1 y 2 mg	Lorazepam: Ortival: Comp de 1 mg
Flunitrazepam: Rohipnol Roche:	Clorazepato dipotásico: Tranxilium
Comp y ampollas de 2 mg	Comprimidos de 5, 10, 15 mg
Clometiazol: Distraneurine: Caps de 192 mg	

LAXANTES:

Osmóticos	Aumentan peristaltismo
Lactulosa: Duphalac	* Senósidos: X-Prep, Dulcolaxo sup, Glicerina
Lactioli: Oponaf	* No utilizar si sospecha de obstrucción intestinal

Mezclas posibles: 1 Osmótico + 1 Peristáltico
Enemas: Micralax. Enema Cassen

OLOR EN ÚLCERAS U OTRAS LESIONES:

Gel de Metronidazol: Rodex
Apósitos de carbón activado: Actisorb y Carboflex

SECRECIONES:

Hioscina
Escopolamina: ampollas de 0.5 mg
Buscapina simple: ampollas de 20 mg

TOS:

Codeína: Codeisan
Morfina

Bibliografía Recomendada:

1. Eulalia Lopez Imedio. ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS. Ed. Panamericana. Abril 1998
2. Marcos Gomez Sancho, Manuel Ojeda Martin. CUIDADOS PALIATIVOS: CONTROL DE SÍNTOMAS. Hospital El Sabinal. Unidad de Medicina Paliativa. Las Palmas de Gran Canaria. Abril 1999.
3. Manual de Enfermería de la Asociación Española contra el Cáncer. CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMOS ONCOLÓGICOS. Atención domiciliaria. Diciembre 1993.
4. Marcos Gómez Sancho. CUIDADOS PALIATIVOS E INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN ENFERMOS TERMINALES. ICEPS. (Instituto Canario de estudios y promoción social y sanitaria). Noviembre 1994.
5. Miguel Angel Benitez del Rosario, Ana Isabel Llamazares Gonzalez, Gerardo García Gonzalez, Alfredo Cabrejas Sanchez, Ana Guerra Merino, Juan Manuel Espinosa Almendro, Fca. Muñoz Pobos, Antonio Salinas Martin. CUIDADOS PALIATIVOS (RECOMENDACIONES). Asta Medica 1998.
6. Colegio Americano de Médicos. GUÍA PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE CON CÁNCER EN EL HOGAR. Fundación del Dr Melchor Colet y Asociación Española contra el Cáncer (Junta Provincial de Barcelona).
7. MEDICINA PALIATIVA. Revista Multiprofesional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos SECPAL. Aran Ediciones. S. A.