

TEMA 31. VALORACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ENFERMO TERMINAL.

AGUSTÍN-ANGEL GARCÍA MUÑOZ

ENFERMO TERMINAL: GENERALIDADES

La atención en la enfermedad terminal tiene como objetivo aliviar sufrimiento y proporcionar bienestar al paciente y su familia, que son la unidad a tratar. El eje de esta atención es el médico de familia y el personal de enfermería, dando al paciente y la familia una “atención integral”.

ENFERMO TERMINAL: GENERALIDADES

La atención paliativa a los enfermos en situación terminal es cada día un asunto de mayor importancia para el sistema sanitario y para toda la sociedad.

ENFERMO TERMINAL: GENERALIDADES

Además existen algunos factores que están influyendo en esa creciente importancia:

- El progresivo envejecimiento de la población.**
- El aumento de morbilidad en los últimos años de la vida, con alta tasa de dependencia.**
- La escasez de cuidadores informales.**
- El aumento de la mortalidad por cáncer.**

CONCEPTO DE ENFERMEDAD TERMINAL

La situación de enfermedad terminal viene definida por una serie de características que agrupamos en cinco.

CONCEPTO DE ENFERMEDAD TERMINAL

- Presencia de enfermedad avanzada, progresiva y sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de síntomas multifactoriales, cambiantes y de intensidad variable.
- Genera un gran impacto emocional o sufrimiento sobre el paciente, la familia y el equipo terapéutico.
- Pronóstico de vida limitado a 6 meses +- 3.
- Presencia implícita o explícita de la muerte, que provoca un gran impacto emocional.

CONCEPTO DE ENFERMEDAD TERMINAL

Los cuidados paliativos se entienden como la asistencia total, activa y continuada de los pacientes terminales y sus familias, por un equipo interdisciplinario cuando la expectativa no es la curación. La meta fundamental es mejorar la calidad de vida del paciente y la familia, sin intentar alargar la supervivencia, ni acortarla específicamente, debiéndose atender las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente y su familia, incluyendo el apoyo en el proceso de duelo.

OBJETIVOS GENERALES DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

- Calidad de vida y bienestar del enfermo y su familia.
- Control de síntomas y alivio del sufrimiento.

BASES DE LA TERAPÉUTICA EN CUIDADOS PALIATIVOS

Son cinco los pilares sobre los que se desarrollan los cuidados paliativos en la enfermedad terminal.

BASES DE LA TERAPÉUTICA EN CUIDADOS PALIATIVOS

- **Atención integral, que incluye los aspectos físicos, sociales, emocionales y espirituales.**
- **La unidad a tratar son el enfermo y su familia.**
- **La promoción de la autonomía y dignidad del paciente debe regir todo el plan diagnóstico y terapéutico.**
- **Requiere una actitud terapéutica activa ante lo dinámico y cambiante de la situación.**
- **El ambiente requiere una especial importancia. Debe de ser de respeto, comunicación y soporte. El lugar ideal es el domicilio, mientras sea posible.**

INSTRUMENTOS BÁSICOS EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Los cuatro instrumentos básicos que utilizaremos son los siguientes:

- **Control de síntomas.**
- **Comunicación.**
- **Cambios en la organización.**
- **Equipo interdisciplinario.**

BIOÉTICA EN CUIDADOS PALIATIVOS

- **Beneficencia. Hacer el mayor bien posible.**
- **Autonomía. El paciente es libre.**
- **Justicia. Todos los hombres tienen la misma dignidad y merecen igual consideración y respeto.**
- **No maleficencia. No está permitido hacer mal a otro aunque éste nos lo autorice. El ensañamiento terapéutico incumple este principio.**

BIOÉTICA EN CUIDADOS PALIATIVOS

Dando un paso más, nos encontramos la bioética personalizada y en el personalismo ontológico. Ambos consideran que el hecho de ser persona es el bien más precioso que posee el ser humano y el que le confiere su máxima dignidad.

Frente al utilitarismo, el personalismo ontológico destaca:

BIOÉTICA EN CUIDADOS PALIATIVOS

- **El valor fundamental de la vida humana, tanto la ajena como la vida propia.**
- **Principio de libertad y responsabilidad.**
- **Principio de totalidad o principio terapéutico.**
- **Principio de solidaridad o subsidiariedad.**

PRINCIPIOS GENERALES DE LA ORGANIZACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS

- Los enfermos terminales están ubicados en todos los recursos del sistema sanitario y social.
- Requiere una gran flexibilidad para adaptarse a los cambios rápidos que existen en sus situaciones y necesidades.
- Es crucial la sectorización de los recursos implicados y la conexión entre ellos.
- Se combinará el desarrollo de recursos específicos con la optimización de los ya existentes.

MEDIDAS ÚTILES EN RECURSOS EXISTENTES

- Optimización de la atención en el equipo de atención primaria mediante la formación específica.
- Dedicación de tiempo para estos enfermos.
- Elaboración de protocolos.
- Priorización en la visita programada tanto en domicilio como en consultas.
- Conexión de los recursos.

RECURSOS ESPECÍFICOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

- Las unidades de cuidados paliativos. Las constituyen un equipo interdisciplinario.
- Deben ubicarse “en” o “muy cerca” de los recursos en los que estén los enfermos.
- Los Hospitales de Día pueden ser útiles en el control de síntomas, etc.
- Las Unidades de Tratamiento del Dolor.
- Los equipos de soporte de cuidados paliativos atienden, en hospitales o en Atención Primaria, los casos más difíciles.
- Las unidades de hospitalización domiciliaria pueden realizar cuidados paliativos domiciliarios desde el Hospital.

DOLOR: CARACTERÍSTICAS Y ESCALAS DE MEDIDA

El dolor constituye un hecho consustancial de la vida y ésta difícilmente sería concebible sin su presencia.

Con frecuencia altera la vida de muchas personas, dificulta sus actividades cotidianas y les provoca un estado de sufrimiento que a veces les lleva a desear su propia muerte.

CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN DEL DOLOR

Probablemente la mejor definición del dolor es la que aporta IASP, que dice:

“Es una experiencia emocional y sensorial desagradable, asociada o no a una lesión tisular, o que se describe con las manifestaciones propias de tal agresión”.

El dolor no se describe exclusivamente como una sensación física, implica al mismo tiempo la existencia de un factor emocional.

CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN DEL DOLOR

Podríamos hacer varias clasificaciones atendiendo a la cualidad del dolor y a la fisiología:

- **Dolor agudo.** Es el que aparece tras una lesión tisular por la activación inmediata de los mecanismos del dolor. Suele ser localizado y continuo y su duración es inferior a seis meses.
- **Dolor crónico.** Es el que persiste más allá de un periodo razonable tras la lesión que lo causó (seis meses).

FISIOLOGÍA DEL DOLOR

Los receptores del dolor se denominan “nociceptores”, y son las terminaciones de las neuronas aferentes que transportan impulsos nerviosos hasta las partes posteriores de la médula espinal.

FISIOLOGÍA DEL DOLOR

Los hay de dos tipos:

- Nociceptores A-delta (de conducción rápida).
- Nociceptores C (de conducción lenta).

Están distribuidos a nivel de piel y mucosas (los nociceptores A-delta), articular, muscular y visceral, siendo básicamente nociceptores C los que se encuentran a nivel de las vísceras.

La estimulación y posterior conducción a través de sus fibras es desencadenada por diferentes causas: mecánicas, químicas, térmicas, eléctricas, etc.

FISIOLOGÍA DEL DOLOR

Existen conceptos importantes a tener en cuenta cuando se aborda el dolor como tema:

- **Umbral de dolor.** No todos sentimos el mismo dolor con idéntico estímulo. El umbral es la cantidad de estímulo doloroso que requiere una persona para sentir dolor.
- **Tolerancia al dolor.** Capacidad que tiene el individuo para sentir dolor.

METODOLOGÍA DE LA VALORACIÓN DOLOROSA

Se deben tener en cuenta una serie de factores antes de cuantificar el dolor:

- Como experiencia emocional el dolor es algo subjetivo: sólo el paciente sabe si le duele y cuánto le duele, por ello debe de ser él mismo quien lo cuantifique.
- En ocasiones se acompaña de signos externos como la expresión facial, taquicardia, etc., que no siempre están en proporción a la magnitud de la algia.
- El dolor no está siempre relacionado con la alteración o grado de lesión del paciente.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS DEL DOLOR

- Informe verbal o codificado.
- Posición antiálgica.
- Gestos de protección.
- Conducta de defensa.
- Máscara facial.
- Trastornos del sueño.
- Estrechamiento del foco de atención.
- Cambios en el apetito.
- Conducta expresiva.
- Respuestas autónomas (dilatación pupilar, etc.).
- Alteración en la capacidad de seguir actividades previas.
- Reducción de la interacción con los demás.
- Cambios ponderales.

MÉTODOS SUBJETIVOS

Son los más utilizados en la práctica clínica y se basan en la cuantificación del dolor por parte del paciente.

- Escalas Descriptivas Simples (EDS) o Escalas de Valoración Verbal (EVV). Es unidimensional. En su forma más simple se pregunta al enfermo si tiene o no dolor, o si su dolor se ha aliviado. En éstas los pacientes utilizan adjetivos para describir la magnitud del dolor, que van desde el “no dolor” hasta el “dolor insoportable”.

METODOS SUBJETIVOS

- **Escalas Numéricas de Valoración (EVN).** Consiste en valorar el dolor mediante números que irán de menor a mayor intensidad según la magnitud. 0-no dolor, 10-máximo dolor imaginable.
- **Escala Visual Analógica (EVA).** Es el método subjetivo más empleado en la práctica. Consiste en una línea recta o curva, horizontal o vertical, de 10 cm. de longitud, en cuyos extremos se encuentran los dos polos opuestos de la intensidad. El paciente debe marcar en la línea el lugar al que cree que corresponde su dolor.

METODOS SUBJETIVOS

Hablaremos principalmente de dos cuestionarios:

- **Cuestionario de McGill.** Es el más reconocido y usados en las clínicas del dolor. Se usa en el dolor crónico.
- **Cuestionario de Lattiner.** Es más limitado que el anterior pero con la ventaja de su fácil entendimiento y rápida realización. La puntuación máxima es 20 y es de mucha utilidad cuando se valora el tratamiento realizado.

METODOS OBJETIVOS

El guiarnos por datos externos parece en principio más fiable, aunque en la práctica es de utilidad casi exclusiva en el dolor agudo:

- Valoración por parte de un observador del comportamiento del paciente (agitación, ansiedad, etc.).
- Determinación de cambios fisiológicos (TA; FC; etc.).
- Determinaciones bioquímicas.

Por último, recordar que otra forma de valorar el estado del dolor sería la medición del consumo de analgésicos.

TRATAMIENTO DEL DOLOR

Los principios básicos en la estrategia analgésica global son:

- Origen y valoración del dolor
- Terapéutica global.
- Integridad del paciente.
- Psicoterapia de apoyo.

Cualquier planificación antiálgica cumplirá tres objetivos: Alivio del dolor en reposo, incremento de las horas de sueño y mejoría del dolor a la movilización.

MODALIDADES ANTIÁLGICAS

En la actualidad se dispone de un eficaz arsenal terapéutico contra el dolor, compuesto por múltiples y modernos analgésicos, con diferentes técnicas antiálgicas:

- Neurofarmacología analgésica.
- Técnicas invasivas.
- Administración de morfina intratecal
- Técnicas neuromoduladoras y neuroestimulativas.

NEUROFARMACOLOGÍA ANALGÉSICA

Los principales grupos analgésicos son:

- AINES y analgésicos no morfínicos.
- Opiáceos débiles y potentes.
- Fármacos coadyuvantes.

NEUROFARMACOLOGÍA ANALGÉSICA

Las vías de administración son:

- Oral.
- Sublingual.
- Rectal.
- Nasal.
- Vaginal.
- Endovenosa.
- Intramuscular.
- Subcutánea.
- Espinal.

NEUROFARMACOLOGÍA ANALGÉSICA

Los regímenes de administración son:

- Pauta regular.
- A demanda del enfermo.
- Perfusión continua.
- A demanda controlada.

AINES

Las características generales son:

- **Tienen en común el reducir o inhibir la síntesis y liberación de prostaglandinas.**
- **Tiene un estrecho margen entre la dosis techo y la dosis eficaz.**
- **La indicación principal es el dolor somático inflamatorio, leve y moderado.**
- **Son de adicción nula y tolerancia escasa.**
- **Su principal efecto secundario es la irritación de la mucosa gástrica.**

AINES

La clasificación es:

- **Analgésicos antipiréticos (paracetamol y metamizol).**
- **Analgésicos antiinflamatorios (diclofenaco, salicilatos, naproxeno, ibuprofeno, etc.).**

AINES

Las indicaciones son:

- **Dolor óseo y musculoesquelético.**
- **Dolor visceral leve o moderado.**
- **Algias infantiles.**
- **Son de reducida o nula validez en el dolor por desaferenciación o derivado de atrapamiento nervioso.**

EMPLEO DE MORFÍNICOS

La clasificación farmacológica es:

- **Agonistas totales (morfina, metadona, tramadol, codeína, etc.).**
- **Agonistas parciales (buprenorfina).**
- **Agonistas-antagonistas (pentazocina).**

EMPLEO DE MORFÍNICOS

La clasificación según el uso clínico:

- **Menores: Codeína.**
- **Intermedios: Tramadol, buprenorfina.**
- **Mayores: Morfina, metadona, meperidina.**

EMPLEO DE MORFÍNICOS

Los tipos de dolor según sensibilidad a opiáceos son:

- **Dolor insensible: Dolor por espasmo muscular, distensión gástrica, tenesmo rectal, dolor central.**
- **Dolor parcialmente sensible: Metástasis óseas.**
- **Dolor sensible: Dolor visceral.**
- **Dolor sensible pero de inapropiado uso: Dolor secundario a obstrucción intestinal.**

ESCALERA ANALGÉSICA

- **Primer escalón:** Utilización de AINES y fármacos no opioides. Se pueden utilizar fármacos coadyuvantes.
- **Segundo escalón:** Dolor moderado. Se usan opiáceos menores, no opioides y medicación coadyuvantes.
- **Tercer escalón:** Dolor intenso. Se usan opioides de acción intermedia (tramadol) y medicación coadyuvante.
- **Cuarto escalón:** Dolor insoportable. Se usa la morfina oral.

EMPLEO DE MORFÍNICOS

Las consideraciones a tener en cuenta en el tratamiento con morfina:

- **La prescripción se realizará mediante pauta horaria.**
- **Realizar un estrecho control del paciente, evaluando su estado, para adaptar el tratamiento según proceda.**
- **El paciente deberá respetar escrupulosamente tanto la dosis como la pauta horaria.**
- **Control de los efectos adversos.**

EMPLEO DE MORFÍNICOS

Las indicaciones para el uso de opiáceos por vía parenteral son:

- Control del dolor agudo de etiología conocida, cuando es difícilmente controlable con analgésicos no opiáceos.
- Control del dolor crónico o canceroso cuando no está disponible la vía oral.

Por vía parenteral se administra 1/3 de la morfina de la que tomaba por vía oral.

FÁRMACOS COADYUVANTES

- Antidepresivos. La Triptilina.
- Neurolépticos. Haloperidol.
- Ansiolíticos. Diazepam y Midazolam.
- Sales de litio.
- Psicoestimulantes. Destroanfetamina.
- Corticoides
- Alcohol.
- Calcitonina.
- Propanolol.

TÉCNICAS INVASIVAS EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

Son aquellas que vienen a suponer una actuación directa sobre las vías nerviosas, persiguiendo la analgesia temporal o definitiva:

- Bloqueos.
- Neurectomía con radiofrecuencia.
- Lesión DREZ.
- Cordotomía.

TÉCNICAS INVASIVAS EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

- Neuralgia esencial del trigémino.
- Neuralgia postherpética.
- Neuralgia de Arnold.
- Causalgia.
- Miembro fantasma.
- Dolor de origen oncológico.
- Dolor crónico no maligno.

ADMINISTRACIÓN DE MORFINA INTRATECAL

La infusión espinal de morfina en el dolor oncológico está indicada en los siguientes casos:

- Pacientes en tratamiento con opiáceos orales que obtiene alivio eficaz pero a costa de unos efectos secundarios importantes.
- Pacientes que no alivian su dolor con opiáceos orales a altas dosis.
- Pacientes con imposibilidad para la deglución.

ADMINISTRACIÓN DE MORFINA INTRATECAL

Los sistemas para la administración espinal de fármacos son los siguientes:

- Catéteres percutáneos.
- Catéteres subcutáneos tunelizados.
- Reservorios subcutáneos.
- Sistemas totalmente implantables.
Intraespinal e intraventricular.

TÉCNICAS NEUROESTIMULADORAS Y NEUROMODULADORAS

Emplean fundamentalmente alguna energía (eléctrica, calórica, electromagnética).

Estas técnicas se basan fundamentalmente en la Electroestimulación periférica y central (Hidroterapia, Termoterapia y Crioterapia, Magnetoterapia y Laserterapia, Fisio y Cinesiterapia, Acupuntura, etc.).

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DOLOR

Los aspectos a explorar en la entrevista son:

- **Descripción morfológica del dolor.**
- **Antecedentes. Situaciones atenuantes o agravantes, pensamientos asociados, conductas.**
- **Consecuencias. Cambios en la participación de actividades y respuestas familiares.**
- **Desarrollo de un día normal.**
- **Uso de la medicación.**
- **Tratamientos previos y resultados.**

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL DOLOR

Buscamos alcanzar dos metas:

- **Cambios en el concepto de dolor, y que el paciente conozca la influencia de las variables biológicas, ambientales y de personalidad de una manera individualizada. Esto se lograría mediante el entrenamiento en los diarios del dolor.**

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL DOLOR

Adiestramiento en las habilidades de autocuidado, que tendría los siguientes objetivos:

- **Reducción del dolor que manifiesta el paciente.**
- **Reducción de las conductas de queja, así como la disminución de la atención por parte de las personas significativas.**
- **Encontrar el nivel de actividad que no exacerbe el dolor y permita realizar las actividades normales y obligadas.**
- **Reforzamiento de la adhesión al tratamiento.**

COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

Para prestar verdadero apoyo psicológico al paciente con dolor, durante la entrevista se pueden utilizar las siguientes habilidades:

- **Empatizar.** Saber ponerse en el lugar del otro.
- **Reforzar.**
- **Retirada de atención.** Se aplica cuando se detectan conductas de queja o dependencia que no son necesarias.
- **Informar.** Saber emitir mensajes de forma clara y precisa.

PRINCIPIOS GENERALES DEL CONTROL DE SÍNTOMAS

Los síntomas en la enfermedad terminal se caracterizan por ser múltiples, intensos, multifactoriales y cambiantes. Algunos se podrán eliminar o controlar (dolor, disnea, etc.), mientras que en otros habrá que ayudar al enfermo a adaptarse y convivir con ellos.

EVALUAR ANTES DE TRATAR

Hemos de evaluar varios aspectos:

- **Mecanismo que produce el síntoma.**
- **Intensidad del síntoma.**
- **Impacto que produce en su estilo de vida, cronicidad o desaparición con el tratamiento, etc.**

CONTROL DE SÍNTOMAS GENERALES

- **ANOREXIA Y CAQUEXIA.**

Junto con la astenia, es uno de los síntomas que con mayor frecuencia no conseguimos controlar.

En las medidas generales incluiremos la dieta fraccionada y la preparación sabrosa y vistosa de los platos, que serán grandes y poco llenos en un ambiente agradable.

La dexametasona en dosis de 2 a 4 mg diarios tiene efecto antianorexígeno.

El Acetato de Megestrol se usa como antianorexígeno y tiene cierto efecto sobre la mejora del estado de ánimo.

CONTROL DE SÍNTOMAS GENERALES

- **FIEBRE.**

Es un signo frecuente en el paciente terminal.

Las medidas generales buscaran el bienestar al enfermo buscando medidas físicas para disminuir la fiebre.

Se utilizaran fármacos como el AAS, el Paracetamol, Metamizol, Ibuprofeno y Corticoides en fiebre tumoral que no cede con AINES.

CONTROL DE SÍNTOMAS GENERALES

- **DESHIDRATACIÓN.**

En situación terminal avanzada la alimentación e hidratación van perdiendo importancia conforme avanza el proceso de morir. En las unidades de cuidados paliativos se suele evitar la venoclisis, ya que se piensa que la deshidratación es más favorable que perjudicial.

Para aliviar la sensación de sed es preferible extremar los cuidados de la boca, ofreciendo 1 o 2 ml de agua cada 30 minutos.

En la obstrucción intestinal se puede indicar sueroterapia por vía subcutánea.

La hidratación por SNG es también de uso extendido, aunque debe ser la excepción.

CONTROL DE SÍNTOMAS GENERALES

- **HIPERCALCEMIA.**

La hipercalcemia es considerada como la alteración metabólica más común en pacientes con cáncer terminal.

Los síntomas característicos son: síntomas neurológicos, síntomas cardiovasculares y síntomas renales.

El tratamiento de la hipercalcemia es la hidratación, bifosfonatos, calcitonina, etc.

CONTROL DE SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES

- **Gastroprotección.** La combinación de diferentes AINE, la presencia de enfermedades graves asociadas, la utilización concomitante de corticoides, son factores de riesgo de complicaciones y gastropatía. En profilaxis primaria se usan el Omeprazol, el Misoprostol, la Famotidina y la Ranitidina que ofrece protección duodenal, pero no gástrica.

CONTROL DE SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES

- **Estreñimiento.** Se utilizan los laxantes de diferentes tipos y combinaciones. Humidificadores de superficie, catárticos y medidas rectales (supositorios de glicerina y enemas de sustancias osmóticas). En caso de impactación fecal, procederemos a la extracción manual después de haberlo ablandado con enemas.

CONTROL DE SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES

- **Cuidado de la boca.** La Xerostomía o sequedad de boca, es un síntoma frecuente, derivado de la situación clínica y medicación empleada. Se pueden evitar o atenuar con la aplicación de medidas higiénicas (cepillado suave, colutorios, si hay muguet enjuagues de Fluconazol). En fase preagónica y en la agonía, la humidificación de la lengua y la boca cada 15 min alivia la sensación de sed. El uso de Pilocarpina en colirio durante una semana, podría ser útil cuando no son suficientes las medidas higiénicas.

CONTROL DE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

- **Disnea.** Se presenta en el 30-40% de los cánceres avanzados, y en el 60-70% de los broncogénicos. Habrá que indagar sobre el mecanismo que la produce y aplicar el tratamiento específico si lo hay. El tratamiento sintomático pasa por los ejercicios respiratorios, aire fresco en la cara, posición, etc. Como medicación usamos morfina. El midazolam por vía sc es especialmente útil en el alivio de la disnea en la fase agónica. Como coadyuvantes podemos utilizar corticoides, fenotiacinas y diazepam.

CONTROL DE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

- **La tos.** Suele mejorar con codeína, cloperastina o morfina. Podemos utilizar también anestésicos nebulizados. Producen anestesia en la boca por lo que se evitará que coincida con la ingesta.

CONTROL DE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

- **Hemoptisis.** Si es leve o moderada, procuramos tratar la causa y como tratamiento sintomático usamos ácido aminocaproico. Si es masiva la familia empleará la sedación pautaada prevista y dispondrá de toallas oscuras para evitar el pánico, mientras llega el equipo de emergencia.

CONTROL DE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

- **Estertores premortem.** Descrito por la familia como una olla hirviendo, y confundible por los profesionales con el edema agudo de pulmón, este ruido es producido por la oscilación de las secreciones en vías altas. Las indicaciones que haremos a la familia será el de ladear la cabeza y elevarla, si es posible en decúbito lateral. También emplearemos el butilbromuro de hioscina.

CONTROL DE SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS

- **La ansiedad como síntoma.** Es un síntoma habitual en el enfermo terminal. Al igual que ocurre con el dolor, si es muy intensa y se prolonga demasiado en el tiempo, deja de ser adaptativa y pasa a ser un problema que requiere tratamiento. Se usa el diazepam y el midazolam. El haloperidol tiene efecto ansiolítico, antiemético y antisicótico.

CONTROL DE SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS

- **El insomnio.** Debemos detectar y corregir errores en la higiene del sueño. El más frecuente es la inversión del ritmo vigilia/sueño, en pacientes que duerme varias horas durante el día y poco de noche. Podemos usar infusiones o preparados de herboristería, haloperidol, clometiazol y benzodiazepinas.

CONTROL DE SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS

- **La depresión como síntoma.** Es un cuadro de tristeza, e inhibición que aparece como respuesta adaptativa ante una pérdida. Es un paso necesario para adaptarse a la pérdida, y, por tanto, no es una enfermedad y no requiere medicación, salvo que sea muy intensa o prolongada en el tiempo. En este caso usamos antidepresivos, tricíclicos si hay dolor neuropático.

CONTROL DE SÍNTOMAS EN LA AGONÍA

- **En los últimos momentos,** se produce un importante deterioro del estado general, rápidamente progresivo. Pueden prevalecer los síntomas previos o aparecer otros nuevos, disminución del nivel de conciencia, trastornos respiratorios, fiebre. El tratamiento de los mismos ha sido explicado en apartados anteriores. En esta fase la vía de elección es la vía sc. En algunas situaciones es precisa la sedación del enfermo hasta su desconexión o inconsciencia. En ocasiones es posible pactar la sedación con el paciente en los últimos momentos o la omisión de la misma, lo cual requiere una comunicación franca desde estadios anteriores.

CONTROL DE SÍNTOMAS EN LA AGONÍA

- Sistematizaremos a continuación algunas indicaciones que se deben realizar a la familia en la fase agónica:
- Atención al paciente encamado. Cambios posturales, protección de úlceras, higiene de la boca, etc.
- Evitar medidas agresivas ante la falta de ingesta.
- Instrucciones concretas escritas ante situaciones previsibles y escenas temidas.
- No olvidar la comunicación: Mensajes breves y claros en tono tranquilizador que ayuden al paciente a estar tranquilo.
- Interesarse por sus necesidades espirituales.
- Dar instrucciones sobre los trámites burocráticos del fallecimiento.

USO DE LA VIA SUBCUTÁNEA

- **Modo de empleo:** Se coloca una palomilla de 21-23 de las empleadas para extracciones, en vía sc.
- Administración en dosis únicas o repetidas.
- Infusión continua
- Los fármacos de uso habitual son: Cloruro mórfico, metilbromuro de hioscina, midazolam, haloperidol, metoclopramida, tramadol, corticoides, analgésicos y neurolepticos.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS UPP

- La escala de Norton y la de Braden valoran el riesgo de las UPP.
- Tendremos siempre en cuenta las medidas preventivas: higiene correcta evitando humedad, hidratación de la piel, etc. Los cambios posturales se harán respetando la postura antiálgica.
- En cuanto a las curas, en el paciente no agónico, las realizaremos del modo habitual, valorando analgesia previa y evitando desbridamientos dolorosos sin beneficio a corto plazo.
- En las lesiones cutáneas tumorales procuramos aliviar y cuidar.

DUELO. TIPO Y MANIFESTACIONES

- En el duelo, el 93% de la comunicación es no verbal, o la importancia de escuchar y preguntar, saber qué sabe y qué quiere saber el enfermo acerca de su estado.
- Algunas preguntas clave al moribundo que no debemos omitir.
- Algunas pistas clave. Nunca quitar la esperanza, nunca mentir.
- Es frecuente la situación de doble silencio.

FASES DE ADAPTACIÓN

- Existen unas fases de adaptación descritas por la Dra Kubler-Ross. La evolución a través de estas etapas no es lineal y pueden superponerse u omitirse alguna.
- Fase de negación.
- Fase de rabia. Puede ser hacia sí mismo con actitudes autoagresivas , o hacia el cuidador principal, familia y personal sanitario.
- Fase de pacto. Con búsqueda de terapias alternativas.
- Fase de depresión, que supone el inicio de la aceptación y por tanto el proceso dinámico es positivo.
- Fase de aceptación, que permitirá expresar sus necesidades reales y comenzar a trabajar para satisfacerlas.

VALORACIÓN DE LOS PACIENTES EN DUELO

- El duelo es la respuesta normal a la pérdida, es una reacción emocional subjetiva.
- El desconsuelo es el estado de una persona que ha experimentado una pérdida de un ser allegado a través de la muerte.
- El luto es el proceso a través del cual el duelo se resuelve o altera; generalmente se sufre con la muerte.

CARACTERÍSTICAS DEL DUELO

- Burgess y Lazare han identificado seis características del duelo:
- La persona desconsolada tiene una reacción de shock o incredulidad.
- La persona se siente triste y vacía cuando recuerda a la persona perdida.
- Los trastornos de la persona a menudo van acompañados de llanto, opresión en el pecho y sensación de ahogo y suspiros.
- La persona está preocupada por la imagen del ser perdido.
- La persona puede experimentar sentimientos de culpa al principio del duelo.
- La persona tiende a estar irritada y enfadada.

CARACTERÍSTICAS DEL DUELO

- El duelo normal es un proceso psicofisiológico que conduce a la aceptación gradual de la pérdida de un ser querido y a una renovada capacidad para dedicar energía emocional a otras personas.
- Algunas veces las personas son incapaces de experimentar un duelo normal. La intensidad y duración del duelo es entonces mayor que en la respuesta normal. Se establece, entonces lo que denomina duelo patológico.

ESTADÍOS DEL DUELO

- Engel estableció seis estadios del duelo: Shock e incredulidad, desarrollo de la conciencia, adecuación, resolver la pérdida, idealización y desenlace.
- Schulz dividió el proceso de duelo en tres fases: inicial, intermedia y de recuperación.

ESTADÍOS DEL DUELO

- Fase inicial. Comienza con la pérdida y continúa durante varias semanas.
- Fase intermedia. Comienza unas tres semanas después de la pérdida y se extiende hasta un año más tarde. Tiene tres patrones de conducta: Conducta obsesiva, búsqueda del significado de la muerte, búsqueda del difunto.
- Fase de recuperación. Al cabo de un año aproximadamente, el individuo en duelo comienza la fase de recuperación.

APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL Y FAMILIA

Las familias necesitan atención al mismo tiempo que el paciente terminal. Los familiares deben ser partícipes del plan de cuidados del paciente.

Es conveniente instruir a los familiares en los cuidados necesarios para el paciente.

El enfermo necesita de su familia, y la familia necesita del interés y apoyo del profesional sanitario, sobretodo en casos de padecimientos largos.

TIPOS DE FAMILIA

- **En cuanto al comportamiento existen varios tipos de familia:**
- **Aquellos que sobreprotegen al enfermo.**
- **Aquellas que se implican con realismo en la situación en que se encuentra el paciente.**
- **Aquellas que no aceptan la situación.**
- **Aquellas que sienten aversión ante la situación.**

PARÁMETROS PARA EL APOYO A LA FAMILIA

- Se debe conocer cuál será la magnitud del impacto en caso de que la persona fallezca.
- Otro punto a valorar es el tipo de proceso. Si ha sido largo o repentino.
- Valorar los componentes específicos de la enfermedad y su repercusión en el núcleo familiar.
- Valorar las circunstancias laborales, de soledad, de enfermedad del familiar que queda.
- Informarse sobre la existencia de pérdidas anteriores para comprobar que mecanismos utilizaron para resolverlas.
- Informarse de como era el paciente, su relación con la familia, etc.
- Valorar el momento en que se produce la enfermedad terminal en la persona, si estaba jubilado, parado, etc.

CUIDADOS EN EL APOYO A LA FAMILIA

- Facilitar a la familia la mayor cantidad de información posible sobre el estado del paciente.
- Explicar a todos los miembros de la familia que es beneficioso para el paciente la participación de ellos en los cuidados.
- Estimular a la familia que pase el mayor tiempo posible con el paciente.
- Aconsejar a la familia que exprese sus sentimientos.
- Proporcionar a la familia apoyo religioso y consejos espirituales.
- Informar a la familia de la existencia de grupos de apoyo.
- Ayudar a la familia a tomar decisiones sobre la compañía funeraria.
- Informar de la muerte del paciente cuando la familia esté reunida.

LA MUERTE: EXITUS

- **Recibe distintos nombres: muerte o fallecimiento, exitus, defunción, deceso u óbito. En los documentos oficiales y partes de defunción es frecuente el uso del exitus para referirse al momento en que se produce el fallecimiento.**
- **La muerte es el cese total y definitivo de todas las funciones vitales del organismo humano. Ante un exitus es necesario comprobar su fallecimiento. Para ello hay que valorar la presencia de signos.**

SIGNOS PRECOCES DE MUERTE

- **Ausencia de movimientos respiratorios y ruidos a la auscultación.**
- **No se produce salida de aire por la nariz ni por la boca.**
- **No hay movimiento de elevación y descenso del tórax y abdomen.**
- **No se ausculta el latido cardíaco.**
- **El pulso desaparece a la palpación.**
- **Si se hace un ECG, aparece plano.**
- **Pérdida de la sensibilidad cutánea y a todo tipo de estímulos.**
- **Ausencia de tono muscular.**
- **El EEG aparece plano.**

SIGNOS TARDÍOS DE MUERTE

- **Enfriamiento del cadáver.**
- **Rigor mortis o rigidez cadavérica.**
- **Aparición de livideces.**
- **Putrefacción cadavérica.**

CUIDADOS POSTMORTEN. AMORTAJAMIENTO

- **Se trata de proporcionar los cuidados técnicos necesarios para la preparación del cadáver o amortajamiento.**
- **Debe sacarse el cadáver, sacándolo de la habitación que ocupaba.**
- **Hay que registrar en la historia clínica la hora y fecha del exitus.**
- **Para la preparación del cadáver se necesita: Guantes, bata y mascarilla, carro de curas, toallas, sábanas, etiquetas y útiles de aseo, mortaja.**