

ELNEC

CONSORCIO DE EDUCACIÓN DE ENFERMERÍA PARA
EL FINAL DE LA VIDA

Currículo Internacional

GUÍA PARA EL INSTRUCTOR

Módulo 3

Manejo de los síntomas

Nota: No todos los medicamentos se encuentran disponibles en todos los países. Algunos fármacos pueden estar disponibles en su país y, sin embargo, no verse reflejados en estos módulos. Consulte su formulario para cotejar los medicamentos relacionados.

Módulo 3

Manejo de los síntomas

Generalidades del Módulo

Este módulo complementa al Módulo 2: Manejo del dolor por medio del tratamiento de otros síntomas comunes de las enfermedades avanzadas y el papel del profesional de la atención médica en el manejo de dichos síntomas.

Mensajes clave

- Existen muchos síntomas físicos y psicológicos comunes al final de la vida.
- El tratamiento óptimo de los síntomas incluye una evaluación integral y el uso de las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas.
- Todos los miembros del equipo de atención médica deben trabajar en colaboración con los médicos y otras disciplinas para el manejo de los síntomas.

Objetivos

Cuando finalice este módulo, el participante podrá:

1. Identificar los síntomas comunes asociados a los procesos del final de la vida para los pacientes durante toda su vida.
2. Identificar las causas potenciales de los síntomas al final de la vida.
3. Describir la evaluación de los síntomas al final de la vida.
4. Describir las intervenciones que pueden prevenir o disminuir los síntomas al final de la vida.

Módulo 3: Manejo de los síntomas

Guía para el Participante

I. PRESENTACIÓN

- A. Elementos fundamentales del manejo de los síntomas
 - 1. Valoración y evaluación
 - 2. Equipo interdisciplinario de trabajo
 - 3. Inquietudes financieras
 - 4. Indicaciones para los exámenes de diagnóstico
 - 5. Investigación
- B. Síntomas y sufrimiento
- C. Síntomas prioritarios para la atención al final de la vida

II. SÍNTOMAS COMUNES

Síntomas respiratorios

- A. Disnea
 - 1. Definición/generalidades
 - 2. Causas
 - a. Pulmonares
 - b. Cardíacas
 - c. Neuromusculares
 - d. Otros
 - 3. Evaluación
 - a. Informe subjetivo del paciente
 - b. Impacto en la función y la calidad de vida
 - c. Evaluación clínica
 - 4. Tratamiento
 - a. Farmacológico
 - b. No farmacológico
 - c. Otros
- B. Tos
 - 1. Definición/generalidades
 - 2. Causas
 - 3. Tipos de tos
 - 4. Evaluación
 - 5. Tratamiento
 - a. Farmacológico
 - b. No farmacológico

Síntomas gastrointestinales

- C. Anorexia/caquexia
 - 1. Definición/generalidades
 - 2. Causas
 - a. Relacionadas con la enfermedad
 - b. Psicológicas
 - c. Relacionadas con el tratamiento
 - 3. Evaluación
 - a. Hallazgos físicos

- b. Impacto en las funciones
- c. Impacto en sí mismo/la familia
- d. Control diario de las calorías y del peso
- e. Exámenes de laboratorio
- 4. Tratamiento
 - a. Consultas/intervenciones dietarias
 - b. Medicamentos
 - c. Nutrición enteral/parenteral
 - d. Problemas con los olores
 - e. Consejo
- D. Estreñimiento
 - 1. Definición/generalidades
 - 2. Causas
 - a. Relacionadas con la enfermedad
 - b. Relacionadas con el tratamiento
 - 3. Evaluación
 - a. Historial de los intestinos
 - b. Evaluación abdominal
 - c. Evaluación rectal
 - d. Revisión de los medicamentos
 - 4. Tratamiento
 - a. Medicamentos
 - b. Intervenciones dietarias y de líquidos
 - c. Enfoques adicionales
 - d. Enfoques complementarios
- E. Diarrea
 - 1. Definición/generalidades
 - 2. Causas
 - a. Relacionadas con la enfermedad
 - b. Psicológicas
 - c. Relacionadas con el tratamiento
 - 3. Evaluación
 - a. Historial de los intestinos
 - b. Revisión de los medicamentos
 - c. Detección de procesos infecciosos
 - 4. Tratamiento
 - a. Tratar la etiología según corresponda
 - b. Modificaciones dietarias (aumentar el volumen de las heces, disminuir l alimentos que producen gases)
 - c. Hidratación
 - d. Medicamentos
- F. Náuseas / vómitos
 - 1. Definición/generalidades
 - 2. Causas
 - a. Fisiológicas
 - b. Psicológicas
 - c. Relacionadas con la enfermedad
 - d. Relacionadas con el tratamiento
 - e. Otras
 - 3. Evaluación
 - a. Clínica/física

- b. Antecedentes
- c. Valores de laboratorio
- 4. Tratamiento
 - a. Farmacológico
 - b. No farmacológico
 - c. Terapias invasivas

Generales/sistémicos

G. Cansancio

- 1. Definición/generalidades
- 2. Causas
 - a. Relacionadas con la enfermedad
 - b. Psicológicas
 - c. Relacionadas con el tratamiento
- 3. Evaluación
 - a. Subjetiva
 - b. Objetiva
 - c. Información de laboratorio
- 4. Tratamiento
 - a. Farmacológico
 - b. No farmacológico

H. Depresión

- 1. Definición/generalidades
- 2. Causas
 - a. Relacionadas con la enfermedad
 - b. Psicológicas
 - c. Relacionadas con los medicamentos
 - d. Relacionadas con el tratamiento
- 3. Evaluación
 - a. Factores situacionales
 - b. Historial/tratamiento psiquiátrico previo
 - c. Presencia de factores de riesgo
 - d. Preguntas para la evaluación de la depresión
 - e. Evaluación del suicidio
- 4. Tratamiento
 - a. Farmacológico
 - b. No farmacológico

I. Ansiedad

- 1. Definición/generalidades
- 2. Causas
- 3. Evaluación
 - a. Síntomas
 - b. Preguntas para la evaluación
- 4. Tratamiento
 - a. Farmacológico
 - b. No farmacológico

J. Delirio/agitación/confusión

- 1. Definición/generalidades
- 2. Causas
- 3. Evaluación
- 4. Tratamiento

K. Heridas

1. Definición/generalidades
 2. Causas
 3. Evaluación
 4. Tratamiento
- L. Convulsiones
1. Definición/generalidades
 2. Causas
 3. Evaluación
 4. Tratamiento
- M. Fiebre
1. Definición/generalidades
 2. Causas
 3. Evaluación
 4. Tratamiento
- N. Linfedema
1. Definición/generalidades
 2. Evaluación
 3. Tratamiento

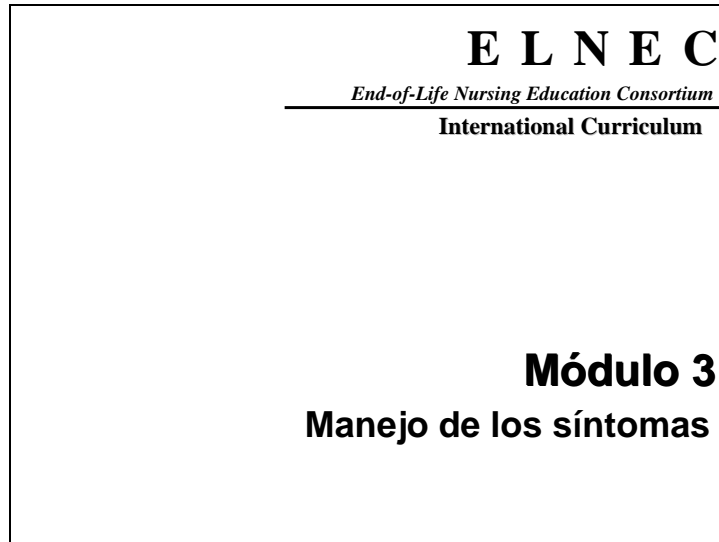
III. CONCLUSIÓN

- A. Roles clave
- B. Desafíos del control de los síntomas

Módulo 3: Manejo de los síntomas

Guía para el Instructor

Diapositiva 1



- Existen muchos síntomas físicos y psicológicos comunes en el final de la vida. Se observan muchos síntomas durante el final de la vida y es importante que sean evaluados y manejados eficazmente.
- La intención de este módulo es explorar los síntomas diversos que experimentan los pacientes con enfermedades que ponen en peligro la vida. La revisión integral de todos los síntomas posibles excede el alcance de este currículo. Los síntomas variarán según la enfermedad, los tratamientos (pasados y presentes) y los antecedentes, y también de acuerdo con otros factores.
- Al evaluar y manejar los síntomas, los profesionales de la atención médica pueden mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus familias.

Nota: Existen muchos materiales didácticos suplementarios, estudios de los casos y otras actividades de las sesiones de capacitación dentro de este módulo para la presentación didáctica de este material.

Diapositiva 2

Elementos fundamentales del manejo de los síntomas

- **Evaluación y valoración permanente**
- **Es necesario un trabajo interdisciplinario en equipo**
- **Inquietudes financieras (opciones asequibles)**
- **Se necesita investigación**

E L N E C International Curriculum

- **Elementos esenciales del control de los síntomas:**
 - La valoración y evaluación de los síntomas son un elemento esencial en cualquier ámbito de la atención médica, requieren una valoración permanente y diligente y la evaluación de las intervenciones.
 - El manejo de los síntomas requiere un equipo de trabajo interdisciplinario cohesivo para asegurar que se brinde una atención médica óptima. Es fundamental la colaboración estrecha entre el personal y los médicos.
 - Los problemas financieros pueden ser factores importantes para algunas familias y deberían ser tenidos en cuenta en su plan de tratamiento general. Criterio para ordenar exámenes de diagnóstico:
 - ◆ Cada examen ordenado debería ayudar a determinar una intervención.
 - ◆ Si el resultado del examen no producirá ningún cambio, debería cuestionarse su pertinencia.

- La atención paliativa está en su infancia y se necesita mucha investigación en el área del manejo de los síntomas (Coyne et al., 2002)
 - Las pautas del National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care (Pautas de la Práctica Clínica para la Atención Paliativa de Calidad del Proyecto del Consenso Nacional) incluyen un campo dedicado exclusivamente a los aspectos físicos de la atención médica: “Pauta 2.1 El dolor, los otros síntomas y los efectos secundarios se manejan de acuerdo con las mejores pruebas disponibles, que se aplican con destreza y de modo sistemático”. Consulte <http://www.nationalconsensusproject.org> para más detalles (NCP, 2004).

Diapositiva 3

o
o
o

Síntomas y sufrimiento

- **Los síntomas crean sufrimiento y angustia**
- **La intervención psicológica es clave para complementar las estrategias farmacológicas**
- **La intervención interdisciplinaria es necesaria**

E L N E C International Curriculum o o o o o o o

- Al igual que el dolor, otros síntomas físicos y psicológicos crean sufrimiento y angustia. La intervención psicosocial es la clave para complementar las estrategias farmacológicas.
- Es necesario recurrir a los capellanes, trabajadores sociales y psicólogos para atender el sufrimiento.

Diapositiva 4

Síntomas comunes

- **Respiratorios**
 - Disnea, tos
- **Gastrointestinales**
 - Anorexia, estreñimiento, diarrea, náuseas/vómitos
- **Generales/sistémicos**
 - Fatiga/debilidad
- **Psicológicos**
 - Depresión, ansiedad, delirio/agitación/confusión

E L N E C International Curriculum

- Se han elegido los siguientes síntomas para su análisis en este currículo debido a que son frecuentes en los pacientes con enfermedades terminales y porque son muy angustiantes para el paciente y su familia. Para cada uno de los síntomas mencionados anteriormente, analizaremos:
 - La definición del síntoma
 - Las causas del síntoma
 - La evaluación del síntoma
 - El tratamiento del síntoma (farmacológico y no farmacológico)

Material didáctico suplementario sugerido:

Cuadro 15: Síntomas comunes al final de la vida

Diapositiva 5



Disnea

- **Falta de aliento que produce angustia**
- **Enfermedades asociadas**

Dudgeon, 2006

E L N E C International Curriculum

- Definición y descripción de la disnea:
 - Se define a la disnea como la falta de aire angustiante que muchas veces se llama “falta de aliento”.
 - La experiencia de la disnea puede ser extremadamente aterradora.
 - Las enfermedades que más comúnmente están asociadas a este síntoma son:
 - ◆ Enfermedades pulmonares
 - ◆ Enfermedades cardíacas
 - ◆ Derrame cerebral
 - ◆ Demencia
 - ◆ Enfermedad renal en estadio terminal
 - ◆ Cáncer metastásico (Potter et al, 2003; Zambroski et al, 2005).
- El 50% de la población general ambulatoria que padece cáncer y el 70% de los pacientes con cáncer avanzado presentan este síntoma (Dudgeon, 2006; Luce & Luce, 2001; Nelson et al., 2001).

Diapositiva 6

Causas de la disnea

- **Causas pulmonares principales**
- **Causas cardíacas principales**
- **Causas neuromusculares principales**
- **Otras causas**

E L N E C International Curriculum

- Existen varias causas para la disnea, por ejemplo:
 - Causas pulmonares principales
 - ◆ Infiltración de un tumor
 - ◆ Aspiración
 - ◆ Derrame pleural - puede ser sangre o un líquido maligno o no maligno
 - ◆ Síndrome de la vena cava superior
 - ◆ Neumonía
 - ◆ Embolia pulmonar
 - ◆ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés)
 - ◆ Secreciones espesas causadas por un proceso infeccioso o por deshidratación
 - ◆ Broncoespasmo
 - ◆ Ascitis, que puede dificultar la excursión diafragmática
 - Causas cardíacas principales
 - ◆ Insuficiencia cardíaca congestiva
 - ◆ Edema pulmonar e hipertensión pulmonar
 - ◆ Anemia grave
 - ◆ Enfermedades cardiovasculares
 - Causas neuromusculares principales
 - ◆ Esclerosis lateral amiotrófica (ALS)
 - ◆ Distrofia muscular
 - ◆ Miastenia grave
 - ◆ Enfermedades cerebrovasculares
 - ◆ Traumas que son consecuencia de una lesión física

- Otras causas pueden ser la ansiedad, los trastornos metabólicos (por ej. alcalosis), la obesidad y los asuntos espirituales (por ej. sentimientos de culpa y temas relacionados con la confianza)

Diapositiva 7

Evaluación de la disnea

- **Uso del informe subjetivo**
- **Evaluación clínica**
 - **Examen físico**
 - **Exámenes de diagnóstico**

Coyne et al., 2002; Dudgeon, 2006

E L N E C International Curriculum

- Es fundamental la evaluación de la disnea (Coyne et al., 2002; Dudgeon, 2006; Thomas & von Gunten, 2002).
- La evaluación de la disnea es similar a la evaluación del dolor: el informe subjetivo del paciente es el único indicador confiable de este síntoma.
 - La evaluación debería incluir: El efecto en el estado funcional, los factores que mejoran o empeoran este síntoma, la evaluación de los sonidos de la respiración, la presencia de dolor en el pecho y/u otro tipo de dolor que pudiera estar asociado al problema y el estado de oxigenación.
 - Tenga en cuenta qué exámenes de diagnóstico adecuados, si los hubiera, pueden ser útiles para tratar la causa subyacente.
 - La frecuencia respiratoria del paciente y el estado de oxigenación no siempre tienen una relación con el síntoma de falta de aire.
 - La intensidad de la disnea presente puede no estar relacionada con el grado de desarrollo de la enfermedad.
- Impacto en la función y la calidad de vida
 - Evalúe la capacidad del paciente para dormir, vestirse, hablar, comer, etc.
 - El paciente puede informar falta de aire a pesar del buen estado de oxigenación o del estado limitado de la enfermedad.
- Evaluación clínica
 - El propósito de la evaluación clínica es determinar la patofisiología subyacente para desarrollar el plan de tratamiento más efectivo.
 - El uso de los exámenes debería ser evaluado con relación a los riesgos/beneficios, los deseos del paciente y el pronóstico.
 - La evaluación debería incluir los antecedentes de disnea aguda o crónica, tabaquismo, enfermedades cardíacas o pulmonares o las afecciones médicas concurrentes.
 - Examen físico: Presión yugular elevada, crepitantes bilaterales, índice y profundidad respiratorios, uso de los músculos accesorios, dolor con el movimiento respiratorio, estado funcional.
 - Los exámenes del diagnóstico se realizan solamente si son útiles para diagnosticar la causa de la disnea y deberían ser utilizados únicamente si cambiarán o guiarán la terapia: Por ejemplo, radiografías de tórax, electrocardiogramas, exámenes de la función pulmonar, gasometría arterial, niveles de potasio, magnesio y fosfato en el suero, saturación del oxígeno, tomografía computarizada helicoidal, hemograma (recuento) completo, etc.

Diapositiva 8

Tratamiento de la disnea

- **Tratamiento de los síntomas o de la causa subyacente**
- **Tratamientos farmacológicos**
 - **Opioides**
 - **Broncodilatadores**
 - **Diuréticos**
 - **Otros**

Coyne et al., 2002; Dudgeon, 2006;
Jacobs, 2003

E L N E C International Curriculum

- La disnea puede ser tratada con varios agentes farmacológicos.
- En las enfermedades terminales, se debería tratar el síntoma y a la vez evaluar si conviene o no tratar la causa subyacente. El intento de tratar la causa subyacente podría ser tratar las infecciones o la progresión de un tumor. Tanto el manejo farmacológico como el no farmacológico deberían iniciarse de modo concurrente y de acuerdo con cada caso en particular. Las dosis varían ampliamente. Los tratamientos farmacológicos se resumen en el Cuadro 2 (Coyne et al., 2002; Coyne, 2003; Dudgeon, 2006; Jacobs, 2003).

Material didáctico suplementario sugerido:

Cuadro 1: Manejo de la disnea

Cuadro 2: Tratamiento farmacológico de la disnea

Diapositiva 9

Tratamiento de la disnea

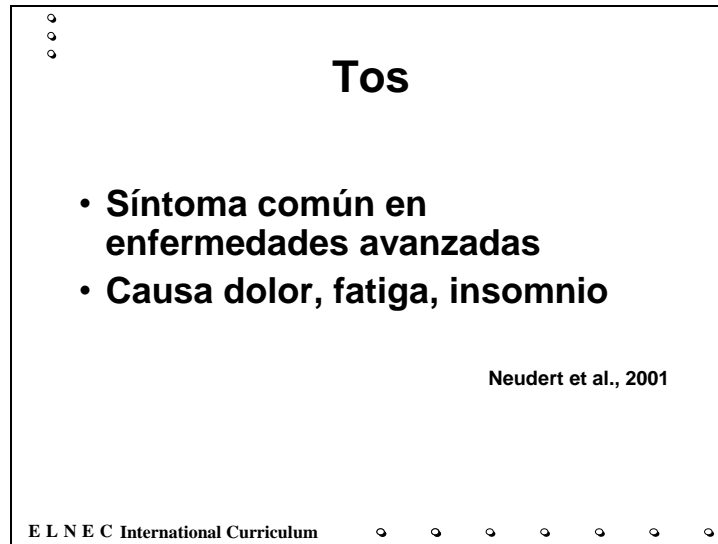
- **No farmacológico**
 - Oxígeno
 - Consejo
 - Respiración con los labios fruncidos
 - Conservación de la energía
 - Ventiladores, elevación
 - Otros

Coyne et al.,2002; Dudgeon, 2006

E L N E C International Curriculum

- Existen muchos tratamientos/técnicas no farmacológicas disponibles para la disnea (Berenson, 2006; Coyne et al., 2002; Dahlin, 2006; Gallagher & Roberts, 2004; Jacobs, 2003). Entre ellos:
 - El uso de oxígeno en pacientes no hipoxémicos puede tener un beneficio limitado. Deberá tenerse siempre en cuenta la prueba del oxígeno.
 - También puede incluirse el uso de estrategias cognitivas-conductuales, interpersonales y complementarias.
 - La respiración con los labios fruncidos reduce la frecuencia respiratoria y disminuye el colapso de las vías respiratorias menores.
 - Las técnicas de conservación de la energía pueden ahorrar energía, reducir la fatiga y permitir que el paciente mantenga un control sobre los cambios en el estilo de vida.
 - Los ventiladores, las ventanas abiertas y los acondicionadores hacen circular el aire.
 - La elevación de la cabeza de la cama y la capacidad del paciente de sentarse en una postura más derecha y hacia adelante, reducen la sensación de asfixia y promueven la expansión de los pulmones. Si se colocan los brazos del paciente sobre almohadas, puede mejorar el intercambio de aire.
 - Las plegarias pueden promover la comodidad y la relajación.
 - La educación del paciente/la familia reduce la ansiedad.
 - La música es una forma de relajación y distracción que también reduce la disnea.
 - Ambiente calmo en la habitación.
 - El aire frío dirigido contra las mejillas puede reducir la sensación falta de aire (Burgess & Whitelaw, 1988; Schwartzstein et al, 1987).
 - Otras técnicas pueden ser las transfusiones de sangre, la toracocentesis, la colocación de una sonda de endoprótesis (stent) para abrir la vía respiratoria obstruida, terapia láser endobronquial, radioterapia para reducir el tumor o paracentesis.

Diapositiva 10



Tos

- **Síntoma común en enfermedades avanzadas**
- **Causa dolor, fatiga, insomnio**

Neudert et al., 2001

E L N E C International Curriculum

- La tos es un síntoma común en las enfermedades avanzadas. La tos, al igual que la disnea, puede ser muy frustrante y debilitante para el paciente y puede producir dolor, fatiga, vómitos e insomnio.
- Del 39% al 80% de los pacientes de atención paliativa tendrán problemas relacionados con la tos (Dudgeon, 2006; Estfan & LeGrand, 2004).
- Una tos permanente también puede ser un recordatorio constante del proceso evolutivo de la enfermedad. La tos suele estar presente en las enfermedades avanzadas tales como la bronquitis, la insuficiencia cardíaca congestiva, el VIH/SIDA y varios tipos de cáncer, sin embargo los pacientes con cáncer de pulmón son los que experimentan este síntoma más comúnmente (Coyne et al., 2002; Neudert et al., 2001).

Diapositiva 11

Causas de la tos

- **Evaluar la causa subyacente (por ej. infección, sinusitis, reflujo)**
- **Evaluar el tipo de tos**
- **Evaluar los síntomas asociados**
- **Pueden necesitarse exámenes de diagnóstico**

Coyne et al., 2002

E L N E C International Curriculum

- Las causas de la tos pueden ser numerosas. Las causas posibles pueden ser goteo por detrás de la nariz, bronquitis, obstrucción, asma, derrame pleural, embolia pulmonar, neumotórax, etc.).
- Identifique los tipos de tos:
 - Aguda: puede estar causada por la exposición a alérgenos, irritantes ambientales, goteo detrás de la nariz, aspiración del contenido gástrico, lesiones pulmonares, neumonía, tuberculosis o puede deberse a la presencia de objetos extraños.
 - Crónica: puede ser el resultado de la exposición a alérgenos o consecuencia de otras enfermedades crónicas (por ej. bronquitis/inflamación de las vías respiratorias).
 - Nocturna: Sugiere reflujo esofágico, asma o insuficiencia cardíaca congestiva.
- La evaluación debería incluir (Coyne et al., 2002):
 - Una evaluación física y de los antecedentes que contengan la información sobre los factores que precipitan la tos y la alivian, los síntomas asociados, la presencia de la producción de esputo que puede incluir la observación del color, la consistencia y la presencia de sangre.
- Puede ser apropiado solicitar radiografías de tórax o de los senos paranasales. Sin embargo, la elección de los exámenes estará determinada por el pronóstico y los deseos del paciente.

Diapositiva 12

o
o
o

Intervenciones farmacológicas para la tos

- **Supresores/expectorantes**
- **Antibióticos**
- **Esteroides**
- **Anticolinérgicos**

E L N E C International Curriculum o o o o o o o

- Existen muchas intervenciones farmacológicas diferentes para la tos.
- Supresores/expectorantes.
 - Opiáceos (sulfato de morfina).
 - Anestésicos locales (benzonatato, lidocaína nebulizada).
 - Expectorante de la tos/antitusivos (guaifenesina, dextrometorfán).
- Antibióticos:
 - Penicilina
- Esteroides:
 - Dexametasona
- Anticolinérgicos:
 - Atropina, hiosciamina, hidrobromida

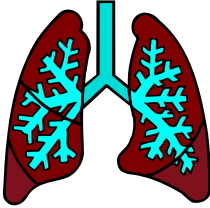
Material didáctico suplementario sugerido:

Cuadro 3: Intervenciones farmacológicas para la tos

o
o
o

Intervenciones no farmacológicas para la tos

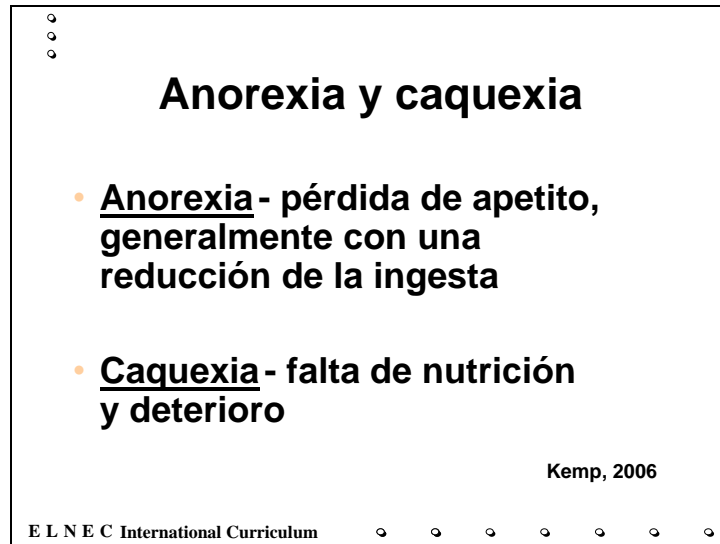
- **Fisioterapia de tórax**
- **Humidificador**
- **Cambio de posición**



E L N E C International Curriculum o o o o o o o

- Deberán tenerse en cuenta las intervenciones no farmacológicas para tratar la tos. Las técnicas no farmacológicas pueden ser:
 - La fisioterapia aplicada en el pecho puede ayudar a movilizar las secreciones de los pacientes débiles.
 - Los humidificadores, en general los fríos, pueden ayudar a aliviar el estado de respiración agitada y a fluidificar las secreciones.
 - Elevación de la cabeza/cambio de posición, que permite al paciente la eliminación más efectiva de las secreciones.
 - Se ha informado que las bebidas con caféina tienen un efecto dilatador de los vasos pulmonares.
- Puede aplicarse radioterapia, especialmente con la hemoptisis.

Diapositiva 14



o
o
o

Anorexia y caquexia

- **Anorexia** - pérdida de apetito, generalmente con una reducción de la ingesta
- **Caquexia** - falta de nutrición y deterioro

Kemp, 2006

E L N E C International Curriculum o o o o o o o

- La anorexia y la caquexia están presentes comúnmente en las enfermedades avanzadas y los servicios de atención paliativa deberán estar preparados para estos síntomas.
- La anorexia es:
 - Una pérdida del deseo de comer o del apetito asociados con una disminución de la ingesta de alimentos (Kemp, 2006).
- La caquexia es:
 - La falta de nutrición en general y el debilitamiento que tienen lugar durante el curso de una enfermedad crónica.
 - Un resultado de las anomalías metabólicas.
 - Aumenta la angustia, tiene un impacto negativo en el concepto de sí mismo y en la imagen corporal, está asociada con una disminución de la supervivencia y es un recordatorio constante del proceso de la enfermedad y de la muerte inminente.
 - Es muy raro poder revertir la etiología en las enfermedades avanzadas.
- La pérdida de peso está presente en ambas afecciones. En algunas enfermedades, la disminución del apetito puede ocurrir muy al principio. En algunas instituciones, la remisión más frecuente a los equipos de consulta de atención paliativa está relacionada con los temas de la nutrición. Lamentablemente, el tratamiento nutricional atractivo no mejora la supervivencia ni la calidad de vida y en verdad puede crear más molestias para el paciente. La nutrición artificial es un procedimiento médico que requiere una consideración seria ya que puede producir una morbilidad y un costo significativos. La nutrición artificial puede producir náuseas, vómitos o diarrea. Esta terapia, a veces puede dar una falsa sensación de esperanza al paciente/la familia, ya que se cree que le permitirá al paciente "mejorarse". El cuidado del paciente y la familia mientras se enfrenta el significado real y simbólico que se atribuye a la alimentación requiere de mucha tranquilidad y apoyo.

o
o
o

Causas de la anorexia y la caquexia

- Relacionadas con la enfermedad
- Psicológicas
- Relacionadas con el tratamiento

Bistrrian, 1999; Fainsinger & Periera, 2004
Roth & Breitbart, 1996

E L N E C International Curriculum o o o o o o o

- Existen causas múltiples para la anorexia/caquexia en los pacientes con enfermedades terminales, por ejemplo:
 - Relacionadas con la enfermedad:
 - ♦ Infección oral o sistémica, por ejemplo la candidiasis, puede causar molestias para comer.
 - ♦ El dolor asociado con la acción de comer puede ocurrir en los distintos estadios de ciertas enfermedades como por ejemplo la pancreatitis.
 - ♦ Las náuseas y los vómitos crónicos pueden estar originados por el tratamiento, los medicamentos y la progresión de la enfermedad.
 - ♦ El estreñimiento puede estar causado por los medicamentos, la disminución de la ingesta de líquidos y la inactividad.
 - ♦ Las alteraciones metabólicas pueden deberse en gran parte a la respuesta inflamatoria sistémica y a la estimulación de la producción de citocina (Bistrrian, 1999).
 - ♦ El retraso del vaciado gástrico y las úlceras pueden disminuir el deseo de una persona de consumir alimentos.
 - ♦ La diarrea produce un aumento de la debilidad y la ingesta de alimentos puede empeorar el síntoma.
 - ♦ La mala absorción puede ser una consecuencia de los medicamentos o del proceso de la enfermedad.
 - ♦ La obstrucción intestinal puede ser una consecuencia del tumor/proceso de la enfermedad.
 - ♦ El aumento de la presión intracraneana puede ser una causa frecuente de las náuseas crónicas en las enfermedades terminales (Fainsinger & Periera, 2004).
 - Psicológicas:
 - ♦ La depresión exhibe muchos síntomas somáticos, entre ellos la anorexia (Meyer, et al., 2003).
 - Relacionadas con el tratamiento:
 - ♦ Los cambios en el sentido del gusto suelen ser una consecuencia de los tratamientos como la quimioterapia.
 - ♦ Los efectos de la radioterapia, que incluyen las estenosis y las fístulas, pueden ser problemáticos para los pacientes después de la finalización de la radioterapia.

Diapositiva 16

**Evaluación de la anorexia
y la caquexia**

- **Hallazgos físicos**
- **Impacto en la función y la calidad de vida**
- **Control de las calorías y del peso diario**
- **Exámenes de laboratorio**
- **Rotura de la piel**

Kemp, 2006

E L N E C International Curriculum

- Es fundamental la evaluación adecuada de la anorexia y la caquexia (Kemp, 2006).
- Hallazgos físicos – Los exámenes físicos incluyen la evaluación de la pérdida de peso, el debilitamiento muscular, la estasis gástrica, la pérdida de fuerza y la disminución de la grasa. Tenga en cuenta que el edema puede enmascarar el debilitamiento.
- Impacto en las funciones
 - Evalúe si existe un aumento de la debilidad y/o la fatiga.
 - Evalúe los signos y síntomas relacionados con la depresión o confusión.
- Impacto en sí mismo/la familia – Analice la percepción del paciente/la familia y la respuesta ante este síntoma y la calidad de vida.
- Control diario de las calorías y del peso
 - Evalúe si el paciente ha tenido una disminución de la ingesta de alimentos/líquidos.
 - Es conveniente realizar un control de las calorías y del peso diariamente.
 - El uso de estas evaluaciones deberá ser considerado permanentemente ya que cuando la enfermedad está muy avanzada, pueden ser innecesarias y crear una carga y angustia.
- Exámenes de laboratorio – La concentración de albúmina en el suero disminuye a medida que el estado nutricional se deteriora, sin embargo, éste es un valor de laboratorio que ha existido durante un tiempo. Por lo tanto, la detección de un nivel bajo de albúmina indica que este problema ha existido durante al menos dos o tres semanas.
- Dolor asociado con comer.
- Riesgo de rotura de la piel o rotura de la piel.

Material didáctico suplementario sugerido:

Cuadro 14: Evaluación de la anorexia

o
o
o

Tratamiento de la anorexia y la caquexia

- **Consulta para la dieta**
- **Medicamentos**
- **Nutrición enteral/parenteral**
- **Control del olor**
- **Consejo**

Earthman, 2002; Kemp, 2006; MacDonald, 2003

E L N E C International Curriculum o o o o o o o

- Las intervenciones con respecto a la anorexia y la caquexia deberán ser individualizadas. Siempre el objetivo deberá ser comer por placer. Puede ser apropiada la remisión a un dietista.
- Recomendaciones para los pacientes:
 - Comer los alimentos favoritos.
 - Deberán eliminarse las restricciones dietarias.
 - Los alimentos con muchas calorías y las comidas frecuentes pueden mejorar la ingesta.
 - La presentación de los alimentos es importante - pequeñas cantidades y comidas frecuentes y pequeñas.
- Medicamentos
 - Estimulantes del apetito, especialmente el acetato de megestrol.
 - Los fármacos olanzapina o mirtazapina pueden ser útiles para aumentar la ingesta.
 - Los fármacos procinéticos (por ej. la metoclopramida) pueden ser útiles para aumentar el vaciado gástrico.
 - Otros agentes pueden ser útiles, por ejemplo el alcohol (por ej. tomar vino antes de la comida), dronabinol, corticoesteroides, talidomida, ARP (trifosfato de adenosina), EPA (ácidos grasos omega 3), inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF, por sus siglas en inglés) u oxandrolona (Earthman et al., 2002; MacDonald, 2003).
- Nutrición parenteral o enteral – En algunos casos, la nutrición parenteral o enteral puede ser útil para los pacientes que no pueden tragar pero que continúan teniendo apetito, como en los casos de cáncer esofágico.
- Los problemas con los olores que inhiben la alimentación pueden tratarse por medio de la separación de los momentos de cocinar de los de comer o también se puede retirar al paciente de la cocina.
- Consejo
 - En general, el problema de la caquexia puede ser uno de los síntomas más angustiantes para el paciente y su familia. La evaluación constante es apropiada junto con el apoyo y la guía para este síntoma.

Diapositiva 18

Estreñimiento

- **Eliminación poco frecuente de las heces**
- **Síntoma frecuente en la atención paliativa**
- **La clave es la prevención**

E L N E C International Curriculum

- El estreñimiento se define como la eliminación infrecuente de heces. A pesar de que el estreñimiento ocurre aproximadamente en un 10% de la población en general, su incidencia puede llegar de un 50% a un 78% en los adultos enfermos (Potter et al., 2003; Sykes, 2004).
- Los síntomas asociados pueden ser:
 - Presión rectal
 - Agotamiento
 - Calambres/distensión/hinchazón
- El estreñimiento es un síntoma frecuente en los pacientes al final de la vida (Consulte el archivo Cancer Information Summaries (Resúmenes sobre la información sobre el cáncer) del PDQ® del National Cancer Institute (Instituto Nacional del Cáncer): “Supportive Care: Gastrointestinal Complications” (Atención de apoyo: Complicaciones gastrointestinales) en: <http://www.nci.nih.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/gastrointestinalcomplications/healthprofessional>).
- El estreñimiento puede causarle mucha vergüenza al paciente y esta situación generalmente se convierte en un problema grave. Si se habla con honestidad y abiertamente con respecto a este síntoma y se fomenta la conversación, se podrá evitar una angustia significativa. Pregúntele al paciente cómo desea que se trate este tema.

¡LA PREVENCIÓN ES LA CLAVE!

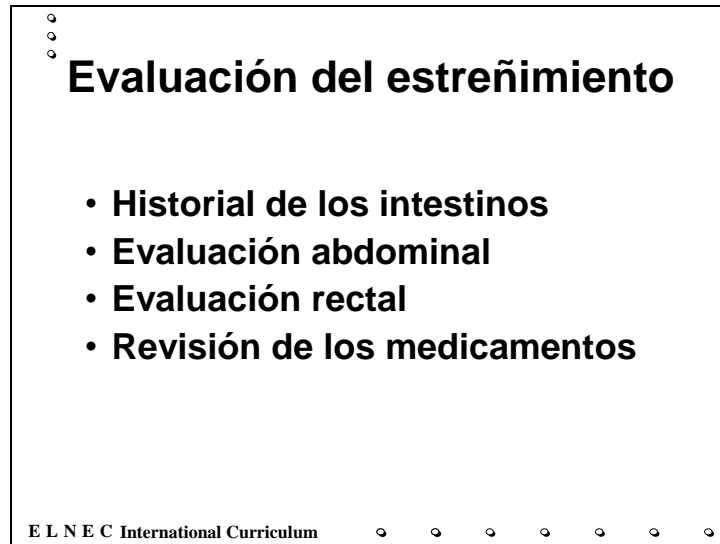
o
o
o

Causas del estreñimiento

- **Relacionado con la enfermedad (por ej. obstrucción, hipercalcemia, neurológico, inactividad)**
- **Relacionado con el tratamiento (por ej, opioides, otros medicamentos)**

E L N E C International Curriculum o o o o o o o

- Existen muchas causas relacionadas con las enfermedades y los tratamientos para el estreñimiento.
- Relacionadas con la enfermedad:
 - La obstrucción intestinal, ya sea de naturaleza parcial o completa, está relacionada con la presencia de un tumor o con la compresión de los intestinos. Esta causa se ve comúnmente en el mesotelioma y en los cánceres ováricos y gastrointestinales.
 - Hipercalcemia e hipocalemia.
 - La compresión de la médula espinal o la sección medular completa retrasarán el tránsito de los alimentos por los intestinos.
 - Las enfermedades concurrentes, por ejemplo la diabetes, pueden afectar la estimulación neurológica de la motilidad gastrointestinal. Otras enfermedades, por ejemplo colitis, hipotiroidismo, diverticulitis o los estados neurológicos crónicos, pueden impactar también en la motilidad intestinal.
 - Las adherencias pueden provocar cicatrices.
 - La deshidratación puede afectar la consistencia de las heces, secarlas y endurecerlas.
 - La inactividad, la debilidad y la falta de privacidad pueden cambiar los hábitos del movimiento intestinal diario.
 - El dolor, especialmente si está asociado con el movimiento intestinal, también puede producir estreñimiento.
 - Disminución del tono muscular abdominal.
 - La depresión y la inactividad resultante pueden ser factores que contribuyen a promover el estreñimiento.
- Relacionadas con los medicamentos:
 - Los opiáceos pueden suprimir la peristalsis, aumentar el tono del esfínter, la absorción de electrolitos y agua, la insensibilidad a la distensión rectal y disminuir la necesidad de defecar.
 - Los antidepresivos pueden retrasar la motilidad, lo que puede precipitar el estreñimiento.
 - Los antiácidos producen un endurecimiento de las heces y hacen que la defecación sea más difícil.
 - Los fármacos de quimioterapia tales como los alcaloides de la vinca tienen un efecto neurotóxico en el intestino, que aumenta el tiempo del tránsito del colon. Los fármacos cisplatino, oxaliplatino, y talidomida producen cambios en el sistema nervioso autónomo.



Evaluación del estreñimiento

- **Historial de los intestinos**
- **Evaluación abdominal**
- **Evaluación rectal**
- **Revisión de los medicamentos**

E L N E C International Curriculum

- La evaluación es fundamental para la prevención y el tratamiento del estreñimiento.
- **Historial de los intestinos**
 - La evaluación del estreñimiento debería constar de una revisión de los antecedentes de los intestinos (por ej. características [aparición y consistencia] y frecuencia de la evacuación intestinal, antecedentes del uso de medicamentos para los intestinos, ingesta de líquidos, anorexia, presencia de náuseas y vómitos asociados con el estreñimiento, presencia de afecciones médicas concurrentes, problemas de estreñimiento anteriores a la enfermedad).
 - ◆ El profesional de la atención médica debería tener conciencia de que la definición de estreñimiento varía significativamente de un paciente a otro y que el objetivo es determinar lo que es normal para cada paciente.
- **Evaluación abdominal**
 - Realice una evaluación abdominal para descartar la obstrucción, por ejemplo: Examen para detectar la hinchazón, la sensibilidad, los sonidos intestinales (por ej. hiperactividad, hipoactividad o actividad ausente) percusión y evaluación rectal para detectar la impactación.
 - Puede ser necesario realizar radiografías para descartar la obstrucción intestinal.
- **Evaluación rectal**
 - El examen rectal digital deberá realizarse en el paciente neutropénico solamente después de haber realizado una consideración cuidadosa. El examen puede revelar heces, tumores, quizás rectocele.
 - Se deberá realizar una inspección visual para detectar hemorroides, ulceraciones o fisuras rectales. La presencia de estas afecciones puede hacer que la defecación sea dolorosa y/o que la zona se infecte.
- **Revisión de los medicamentos**
 - Deberá hacerse una evaluación cuidadosa con respecto al uso de los medicamentos de venta sin receta médica y de los productos herbales, ya que algunos de ellos, por ejemplo la mora, el lino y el ruibarbo tienen propiedades laxantes.

Diapositiva 21

Tratamiento del estreñimiento

- **Medicamentos**
- **Dieta/líquido**
- **Otros enfoques**

Berger et al., 2002

E L N E C International Curriculum

- El tratamiento del estreñimiento tiene múltiples facetas.
- Medicamentos
 - El mantenimiento generalmente consta de un reblandecedor de las heces y un estimulante como medida profiláctica.
 - Si la causa no puede ser eliminada, entonces el tratamiento debería incluir un régimen para los intestinos. El objetivo mínimo para el movimiento intestinal es de al menos una vez cada 72 horas sin tener en cuenta la ingesta.
 - Antes del comienzo de cualquier tratamiento deberá descartarse la posibilidad de una obstrucción intestinal.
- Intervenciones dietarias y de líquidos
 - Se deberá alentar a los pacientes a que beban mucha cantidad de líquido y que aumenten su actividad según sea necesario.
 - Muchos pacientes tienen sus propios regímenes para los intestinos y deberían ser fomentados siempre y cuando resultaran efectivos. Administre agentes orales antes de probar con los agentes rectales. (Berger et al., 2007).
- Enfoques adicionales
 - Deberán tenerse en cuenta los supositorios y/enemas cuando el paciente no pueda tolerar más los medicamentos orales o si han resultado ineficaces. Los enemas deberán ser evitados como parte del régimen habitual para los intestinos pero pueden ser muy necesarios en algunos casos.
 - La metoclopramida, cuando se la administra por vía parenteral, ha demostrado ser efectiva porque aumenta la motilidad y el tiempo del tránsito intestinal (60-240 mg por día, aplicación subcutánea).
 - Se ha estudiado el uso de la naloxona para el estreñimiento relacionado con los opioides y se han obtenido resultados mixtos; también se están estudiando otros antagonistas de los opioides y la eritromicina oral.
- Enfoques complementarios (Berenson, 2006)
 - Existen informes de estudios realizados en pocos pacientes que sostienen que los masajes han sido útiles. (Preece, 2002).

Material didáctico suplementario sugerido:

Cuadro 4: Tratamientos farmacológicos para el estreñimiento

Cuadro 5: Algoritmo para prevenir y manejar el estreñimiento producido por los opioides

Diarrea

- **Eliminación frecuente de heces flojas, sin formar**
- **Efectos (por ej, fatiga, carga para el cuidador, rotura de la piel)**

E L N E C International Curriculum

- La diarrea es la eliminación frecuente de heces no formadas. Aunque este problema es mucho menos común en el ámbito de la atención paliativa que el estreñimiento, sigue siendo un síntoma común (Benson et al., 2004). La diarrea puede ser especialmente problemática para los pacientes con VIH. (Consulte los Resúmenes Informativos del National Cancer Institute [Instituto Nacional del Cáncer]): Supportive Care “Gastrointestinal Complications” (Atención de apoyo “Complicaciones gastrointestinales” en: <http://www.nci.nih.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/gastrointestinalcomplications/healthprofessional>).
- La diarrea puede:
 - Afectar gravemente la calidad de vida de una persona.
 - Producir fatiga, anomalías en los electrolitos y depresión si la diarrea continúa por períodos prolongados.
 - Puede obligar al paciente y a su familia a permanecer en su casa.
 - Puede causar vergüenza, consumir mucho tiempo y producir problemas diversos tales como rotura de la piel y deshidratación.

Causas de la diarrea

- **Relacionadas con la enfermedad**
- **Mala absorción**
- **Enfermedades concurrentes**
- **Psicológicas**
- **Relacionadas con el tratamiento**

E L N E C International Curriculum

- Existen numerosas causas para la diarrea en las enfermedades terminales.
- Causas relacionadas con la enfermedad:
 - Infecciones múltiples bacterianas y de parásitos, que pueden ser los agentes causantes de la diarrea.
 - Obstrucción parcial del intestino o impactación fecal que puede producir diarrea que a veces se alterna con el estreñimiento.
- Puede haber mala absorción cuando hay tumores pancreáticos o después de una gastrectomía.
 - El alcohol y la mala absorción de los carbohidratos también producen diarrea.
- Enfermedades concurrentes, tales como hipertiroidismo y síndrome de intestino irritable.
- Consecuencias de carácter psicológico/social:
 - La presencia de la diarrea puede aumentar la ansiedad en el paciente, especialmente en las situaciones públicas. El miedo a la pérdida del control puede hacer que los pacientes estén aislados y confinados a su hogar.
 - El uso de los pañales para adultos puede permitir que algunos pacientes participen más plenamente en las actividades.
- Causas relacionadas con el tratamiento:
 - La quimioterapia produce mucositis e inmunosupresión, que hace que la persona esté más susceptible a contraer infecciones y agentes patógenos virales, fúngicos o parásitos.
 - Radioterapia en el abdomen, la pelvis y la columna vertebral.
 - Enfermedad de injerto contra huésped como resultado de la inmunosupresión.
 - El síndrome de evacuación gástrica rápida también puede ocurrir después de la cirugía.
 - Pueden ocurrir infecciones como las causadas por clostridium difícil después de haber recibido antibióticos. Esto es consecuencia del crecimiento excesivo de las bacterias en los intestinos.
 - Medicamentos (por ej. de los medicamentos herbales, de venta sin receta médica y los regímenes excesivamente agresivos para el intestino pueden causar diarrea).

Evaluación de la diarrea

- **Historial de los intestinos**
- **Revisión de los medicamentos**
- **Procesos infecciosos**

E L N E C International Curriculum

- Antes de tratar la diarrea, es fundamental realizar una evaluación precisa.
- **Historial de los intestinos**
 - Evaluación de la naturaleza y frecuencia de las heces y de la presencia de deshidratación y pérdida de peso.
 - Es una parte importante de la evaluación saber sobre el comienzo de los movimientos intestinales o si son repentinos. Un comienzo rápido puede indicar una impactación fecal con rebosamiento. Si la diarrea se presenta una o dos veces al día, puede deberse a la incontinencia anal. Las heces típicamente aguadas en grandes cantidades coinciden con la diarrea del colon, mientras que las heces malolientes, grasosas y pálidas están asociadas con la mala absorción.
 - Evalúe la presencia del síndrome de evacuación gástrica rápida, carcinoide y de otros síndromes.
 - Evalúe/controle si hay incontinencia.
- **Revisión de los medicamentos**
 - Los indicadores del uso excesivo de laxantes pueden ser los calambres, la necesidad imperiosa de defecar o la pérdida de materia fecal.
 - Averigüe sobre el uso de medicamentos de venta sin receta médica o de suplementos herbales.
- **Detecte si hay procesos infecciosos**
 - Los valores de laboratorio que pueden tenerse en cuenta son la evaluación de las heces para detectar la presencia de sangre, grasa, mucosidad y pus y un cultivo y antibiograma.

Tratamiento de la diarrea

- **Tratar la causa subyacente**
- **Modificaciones de la dieta**
- **Hidratación**
- **Agentes farmacológicos**

E L N E C International Curriculum

- Es fundamental el tratamiento temprano de la diarrea ya que las personas pueden morir por deshidratación y/o pérdida de electrolitos. Debe tratarse adecuadamente la causa subyacente.
- Modificaciones de la dieta
 - Inicie una dieta de líquidos transparentes. Evite la leche, las proteínas y las grasas, el alcohol, los condimentos picantes y los alimentos que forman gases como el brócoli, la coliflor, el repollo, el chucrut, el maíz y los frijoles.
- Promueva la hidratación y sugiera líquidos que puedan mejorar la condición de los electrolitos (por ejemplo, las bebidas deportivas y los jugos). Tenga en cuenta los líquidos intravenosos si son apropiados para los objetivos de la atención médica.
- Uso de los medicamentos
 - Deben tenerse en cuenta los fármacos tales como loperamida, scopolamina, colestiramina, clonidina y las enzimas pancreáticas (Berger et al., 2007).
 - Se resumen otros tratamientos farmacológicos en el Cuadro 6.

Material didáctico suplementario sugerido:

Cuadro 6: Tratamientos farmacológicos para la diarrea

o
o
o

Náuseas y vómitos

- **Comunes en la enfermedad avanzada**
- **Es importante la evaluación de la etiología**
- **Agudos, previstos o retrasados**

Mannix, 1998

E L N E C International Curriculum o o o o o o o

- La incidencia de las náuseas es bastante alta en las enfermedades avanzadas y se presenta en hasta un 70% de los pacientes con enfermedades terminales (Mannix, 2004). Aproximadamente un 30% de los pacientes presenta vómitos, pero lamentablemente este síntoma no ha sido bien investigado en las personas que tienen enfermedades avanzadas.
- Es extremadamente compleja la patofisiología de las náuseas y requiere una evaluación cuidadosa de la etiología y, por lo tanto, un tratamiento apropiado.
 - Las náuseas/vómitos pueden ser agudos, anticipatorios o retrasados.
 - Las náuseas y los vómitos pueden ser excepcionalmente frustrantes, dolorosos y agotadores para el paciente y la familia/cuidadores.
 - Estos síntomas aumentan claramente el sufrimiento y requieren de una intervención inmediata para asegurar la comodidad del paciente (Glare et al., 2004).

o
o
o

Causas de las náuseas y los vómitos

- **Fisiológicas (gastrointestinales, metabólicas, del sistema nervioso central)**
- **Psicológicas**
- **Relacionadas con la enfermedad**
- **Relacionadas con el tratamiento**
- **Otras**


E L N E C International Curriculum o o o o o o o

- Existen causas numerosas para las náuseas y los vómitos en las personas con enfermedades terminales.
- Fisiológicas
 - Causas gastrointestinales – por ejemplo, irritación gástrica y estasis, estreñimiento, obstrucción intestinal, pancreatitis, ascitis, insuficiencia renal, tos que no responde al tratamiento y los efectos de la radiación. Todas estas afecciones producen molestias viscerales al estimular las vías simpática y vagal.
 - Causas metabólicas – La hipercalcemia, la uremia, las infecciones y los medicamentos causan la estimulación de la zona quimiorreceptora del cerebro y producen náuseas con o sin vómitos.
 - Causas del sistema nervioso central – Presión intracraneana elevada, dolor.
- Psicológicas
 - Los factores emocionales pueden producir náuseas y vómitos como resultado de la estimulación de los receptores eméticos del cerebro.
- Relacionadas con la enfermedad
- Relacionadas con el tratamiento
 - Radioterapia
 - Quimioterapia
- Otros
 - Alteraciones vestibulares, que incluyen los mareos, la acción tóxica de ciertos fármacos (por ej, la aspirina y los opioides).
 - Los tumores alojados en el cerebro estimulan el aparato vestibular y producen náuseas y vómitos (Glare et al., 2004).

o
o
o

Evaluación de las náuseas y los vómitos

- Examen físico
- Historial
- Valores de los exámenes de laboratorio



E L N E C International Curriculum o o o o o o o

- La evaluación clínica de las náuseas y los vómitos debe incluir los antecedentes y la efectividad de los tratamientos contra las náuseas y los vómitos, los antecedentes de medicamentos, la frecuencia de los episodios de náuseas y toda correlación con los vómitos y la identificación de las actividades que pueden precipitar o aliviar las náuseas y los vómitos.
- La evaluación física debería incluir:
 - Examen abdominal y evaluación que incluya los sonidos intestinales.
 - Posible evaluación de la bóveda rectal.
- Antecedentes:
 - Consistencia, frecuencia y volumen de la emesis.
 - Emesis asociada a los cambios de posición.
 - Presencia de factores que contribuyen a la emesis (por ej. vértigo, los niveles de azúcar de la sangre y los medicamentos).
 - Relación con la ingesta de alimentos.
 - Evaluación de la presencia de estreñimiento o impactación.
 - Presencia de dolor sin controlar o infección.
 - Presencia de ansiedad y de otros síntomas emocionales.
- Valores de los exámenes de laboratorio:
 - Exámenes del funcionamiento renal y hepático.
 - Electrolitos, calcio, niveles de los fármacos en el suero.
 - Exámenes radiológicos que incluyen radiografías abdominales y/o tomografías computarizadas de la cabeza o resonancias magnéticas.

Tratamiento farmacológico de las náuseas y los vómitos

- **Anticolinérgicos**
- **Antihistamínicos**
- **Esteroides**
- **Agentes procinéticos**
- **Otros**

E L N E C International Curriculum

- El tratamiento de las náuseas está regido por una causa que se presume, por lo tanto debe tratarse la causa subyacente si fuera posible e intentar intervenciones que hayan funcionado anteriormente.
- Los medicamentos pueden ser:
 - Anticolinérgicos, tales como el bromhidrato de hioscina, tratar los mareos por movimiento, el vómito que no responde al tratamiento o las obstrucciones del intestino delgado.
 - Los antihistamínicos se usan comúnmente para la obstrucción intestinal, el aumento de la presión intracraneana o de la irritación peritoneal y cuando existen causas vestibulares (por ej. ciclizina).
 - Los esteroides, cuando se administran solos o junto con otros agentes para las náuseas y los vómitos, son apropiados para la emesis inducida por los citotóxicos (por ej. dexametasona).
 - Los agentes procinéticos, tales como la metoclopramida, pueden tratar la estasis o el íleo gástricos.
 - Las benzodiacepinas, tales como el lorazepam, son muy efectivas para tratar las náuseas exacerbadas por la ansiedad.
 - Los agonistas de los receptores 5-HT₃ (tipo de serotonina) se utilizan para las náuseas y vómitos posquirúrgicos y la emesis relacionada con la quimioterapia. Por ejemplo, los fármacos ondansetrón y granisetron.
 - Los antagonistas de los receptores de la neurocinina -1 inhiben las náuseas y los vómitos posteriores a las cirugías y a la quimioterapia pero todavía no se conoce cómo funcionan para las náuseas y los vómitos crónicos.

Material didáctico suplementario sugerido:

Cuadro 10: Fármacos antieméticos para la atención paliativa

Tratamiento no farmacológico de las náuseas y los vómitos

- **Distracción/relajación**
- **Dieta**
- **Alimentación lenta/en pequeñas cantidades**
- **Terapias invasivas**

E L N E C International Curriculum

- Se recomiendan varios tratamientos no farmacológicos para tratar las náuseas y los vómitos.
- Técnicas no farmacológicas (Berenson, 2006)
 - Las náuseas anticipatorias pueden tratarse con técnicas de distracción o relajación, acupuntura, musicoterapia e hipnosis.
- Puede ser útil servir las comidas a temperatura ambiente con líquidos transparentes y evitar los olores fuertes.
- Recomiéndele al paciente que coma lentamente y evite comer grandes cantidades y comidas con mucho volumen.
 - Los pacientes que están débiles deberán ser colocados en una posición adecuada para evitar la aspiración.
- Terapias invasivas
 - Puede ser necesario una sonda nasogástrica para aliviar la presión y obtener comodidad.
 - En casos raros, tales como las obstrucciones no extirpables, puede colocarse una sonda de gastrostomía percutánea (PEG, por sus siglas en inglés) de drenaje o puede administrarse un ocreótid.
 - Deberá considerarse cuidadosamente la posibilidad de la hidratación intravenosa en los casos graves de náuseas/vómitos. La nutrición total parenteral y la nutrición periférica tienen un papel muy limitado en la atención paliativa. Algunos sostienen que no tiene ningún papel en las enfermedades terminales. Tenga en cuenta el objetivo del paciente.
 - Cirugía para quitar las obstrucciones si la expectativa de vida del paciente lo permite.

Material didáctico suplementario sugerido:

Cuadro 11: Intervenciones no farmacológicas para las náuseas y los vómitos

Cuadro 12: Actividades no farmacológicas para el cuidado de sí mismo relacionado con las náuseas y los vómitos

o
o
o

Cansancio

- **Experiencia subjetiva y de dimensiones múltiples del agotamiento**
- **Generalmente asociado a muchas enfermedades**
- **Impacta en todas las dimensiones de la calidad de vida**

Anderson & Dean, 2006;
Ferrell et al., 1996


E L N E C International Curriculum o o o o o o o

- Se define a la fatiga como “una percepción subjetiva y/o experiencia relacionada con la enfermedad, el estado emocional y/o el tratamiento. Esta sensación tiene dimensiones múltiples, no se alivia fácilmente con el descanso y tiene un profundo impacto en los distintos aspectos de la calidad de vida (QOL, por sus siglas en inglés) que son el bienestar físico, psicológico, social y espiritual. La fatiga está influida por el contexto cultural del individuo y está asociada con una capacidad reducida de llevar a cabo las actividades diarias esperadas o requeridas”. (Ferrell et al., 1996).
- Se informa que la fatiga relacionada con el cáncer afecta del 60% al 90% de los pacientes (Anderson & Dean, 2006). Sin embargo, la fatiga está comúnmente asociada a numerosos estadios de otras enfermedades, por ejemplo:
 - Enfermedades de las arterias coronarias
 - VIH/SIDA
 - Artritis reumatoide
 - Enfermedad renal avanzada
 - Otros
- La fatiga está asociada a la anorexia/caquexia; sin embargo la mejora de la ingesta no ha demostrado aliviar este síntoma. (Consulte los Resúmenes informativos del PDQ® del National Cancer Institute [Instituto Nacional del Cáncer]: Supportive Care “Fatigue” (Atención de apoyo para la “Fatiga” en: www.nci.nih.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/fatigue/healthprofessional).

o
o
o

Causas de la fatiga

- Relacionadas con la enfermedad
- Psicológicas
- Relacionadas con el tratamiento



E L N E C International Curriculum o o o o o o o

- Existen muchos enfoques para la evaluación y el manejo de la fatiga, por lo tanto tenga en cuenta la presencia de los diversos factores y de su impacto en la persona.
- Relacionados con la enfermedad:
 - Anemia.
 - Desequilibrio de los electrolitos.
 - Malnutrición.
 - Infección.
 - Hiperglucemia.
 - Fiebre.
 - Dolor.
 - Insuficiencia de los órganos (corazón/pulmones/riñones/hígado)
 - Entorno adverso (calor o frío extremos).
 - Las lesiones en el sistema nervioso central interrumpen la vía eléctrica dentro del sistema nervioso central.
 - Hipoxia.
- Consecuencias de carácter psicológico:
 - Síntomas somáticos que pueden estar asociados a la depresión:
 - Inactividad/inmovilidad que es consecuencia del proceso de la enfermedad, intervención médica o respuesta psicológica a la enfermedad que puede producir una capacidad disminuida de participar en las actividades de la vida diaria (por ej. sensación de pérdida, pérdida del rol).
- Relacionados con el tratamiento:
 - Descanso inadecuado, síntomas sin aliviar, medicamentos, angustia psicológica y espiritual y factores múltiples/adicionales.
 - Los efectos del tratamiento pueden deberse a la terapia con los fármacos, la radioterapia y la cirugía.
 - Síntomas sin aliviar (por ejemplo diarrea, estreñimiento y vómitos).

Evaluación de la fatiga

- **Subjetiva**
- **Objetiva**
- **Datos de laboratorio**

E L N E C International Curriculum

- La evaluación requiere tanto la información subjetiva como la objetiva y una revisión detallada de la información de laboratorio.
- Información subjetiva:
 - ¿Se siente usted débil, cansado o agotado?
 - ¿Cuánto tiempo dura la fatiga? ¿Hay un patrón? ¿Horarios, días, semanas?
 - ¿Puede usted realizar las actividades de la vida diaria?
 - ¿Qué parte de su cuerpo es la que se fatiga más? (Si la hubiera).
 - ¿Qué mejora o empeora esto?
 - ¿Alguno de los medicamentos que usted toma mejora o empeora este problema?
 - ¿Está ansioso o deprimido?
 - ¿Tiene dificultades para concentrarse?
 - ¿Cómo afecta la fatiga su modo de vivir?
- Información objetiva:
 - Controle los signos vitales para saber si hay fiebre o si el pulso es rápido o débil.
 - Observe la capacidad del paciente para moverse sin tener disnea o náuseas.
 - Evalúe el estado de hidratación.
 - Haga una prueba de la fuerza muscular, la simetría y la resistencia de las extremidades superiores e inferiores para saber si hay cambios neurológicos.
 - Evalúe los medicamentos, especialmente los sedantes.
- Información de laboratorio
 - Estado de oxigenación
 - Hemoglobina, (recuento) completo y diferencial
 - Función de la tiroides

Tratamiento de la fatiga

- Farmacológico
- No farmacológico (descanso, conservación de la energía, incluye fisioterapia y terapia ocupacional)

Anderson & Dean, 2006

E L N E C International Curriculum

- Los tratamientos para la fatiga varían pero pueden incluir intervenciones farmacológicas y no farmacológicas.
- Intervenciones no farmacológicas (Anderson & Dean, 2006):
 - Descansar con frecuencia y usar las técnicas de conservación de la energía, por ejemplo, usar los dispositivos de la salud para el hogar apropiados cuando sea necesario (por ej. bacinilla, silla de ruedas, bastón).
 - Brinde asistencia que ayude a la persona a mantener la independencia y las capacidades funcionales por la mayor cantidad de tiempo posible.
 - La fisioterapia y la terapia ocupacional pueden ofrecer una contribución valiosa para la evaluación de las intervenciones potenciales.
 - La participación en un programa de ejercicio puede disminuir la gravedad de este síntoma.
 - Realice transfusiones cuando sea apropiado. El objetivo de las terapias de transfusión debería ser analizado antes de cada sesión de tratamiento y debería estar dirigido a la mejora de la calidad de vida general del paciente.

Material didáctico suplementario sugerido:

Cuadro 7: Tratamientos farmacológicos para la fatiga

o
o
o

Depresión

- **Varía desde la tristeza hasta el suicidio**
- **A menudo no se la reconoce y es subtratada**
- **Ocurre en el 25-77% de los enfermos terminales**
- **Debe distinguirse lo normal de lo anormal**
- **No debe ser descartada**

Wilson et al., 2000

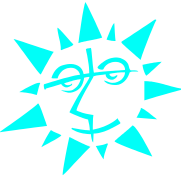
E L N E C International Curriculum o o o o o o o

- La depresión puede describirse como un espectro amplio de respuestas que varían de tristeza “esperada”, transitoria y no clínica que puede llegar a extremos de trastornos depresivos clínicos graves y suicidio” (Pasacrete et al., 2006). La depresión y la ansiedad son factores asociados frecuentes en las enfermedades crónicas. Lamentablemente, los síntomas no suelen reconocerse y son subtratados (Consulte los Resúmenes informativos del PDQ® del National Cancer Institute [Instituto Nacional del Cáncer]: Supportive Care “Depression” (Atención de apoyo para la “Depresión” en: <http://www.nci.nih.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/depression/healthprofessional>).
- Sin embargo, los síntomas generalmente responden al tratamiento y es extremadamente importante el reconocimiento de su existencia. La depresión se presenta en aproximadamente del 25% al 77% de la población con enfermedades terminales (Wilson et al., 2000).
- El diagnóstico temprano puede mejorar los resultados y permitir que los pacientes se sientan mejor y tengan más energía para lograr sus objetivos.
- Los sentimientos persistentes de impotencia, desesperanza, ineptitud, depresión e ideas de suicidio no son normales al final de la vida. Estos síntomas deberían ser evaluados y tratados con firmeza.

o
o
o

Causas de la depresión

- Relacionadas con la enfermedad
- Psicológicas
- Relacionadas con los medicamentos
- Relacionadas con el tratamiento



E L N E C International Curriculum o o o o o o o

- Pueden existir muchas causas para la depresión en las enfermedades terminales.
- Relacionadas con la enfermedad:
 - El dolor sin controlar y otros síntomas asociados (por ejemplo estreñimiento, anorexia, trastornos del sueño) son factores que pueden exacerbar la depresión.
 - Los estados fisiológicos que pueden causar ansiedad y contribuyen a la depresión en los pacientes con cáncer son sepsis, estados metabólicos anormales, delirio, trastornos mentales de origen orgánico, reacciones a los fármacos y síndromes de abstinencia de los fármacos.
- Consecuencias de carácter psicológico:
 - Los factores psicológicos o existenciales relacionados con la muerte inminente como por ejemplo el miedo, la pérdida de la independencia o del control y los cambios en la imagen corporal también afectan las respuestas emocionales del paciente.
 - Los antecedentes familiares y personales de afecciones psicológicas preexistentes, por ejemplo los trastornos de depresión y ansiedad, pueden hacer que el paciente tenga un riesgo mayor de experimentar estos trastornos cuando deba enfrentar el cáncer o alguna otra enfermedad que pone en peligro la vida. Otros factores, por ejemplo financieros, sociales y/o temas de seguridad pueden fomentar la angustia y exacerbar los síntomas depresivos.
- Medicamentos
 - Existen numerosos medicamentos y sustancias asociados con la depresión, por ejemplo los antihipertensivos, analgésicos, agentes contra el mal de Parkinson, esteroides, medicamentos para la hipoglucemia, agentes quimioterapéuticos, hormonas, antimicrobianos, levodopa, benzodiazepinas, el alcohol, las fenotiazinas, anfetaminas, cimetidina, entre otros.
- Relacionadas con el tratamiento:
 - Las causas adicionales son la radioterapia aplicada al cerebro y las anomalías metabólicas y endocrinas. (Pasacreta et al., 2006).

o
o
o

Evaluación de la depresión

- **Factores/síntomas situacionales**
- **Historial psiquiátrico previo**
- **Otros factores (por ej. falta de un sistema de apoyo, dolor)**

Pasacreta et al., 2006

E L N E C International Curriculum o o o o o o o

- Es fundamental la evaluación interdisciplinaria de la depresión.
- Factores situacionales:
 - La evaluación de la depresión exige una evaluación cuidadosa de un equipo interdisciplinario.
 - Las quejas somáticas, tales como la falta de apetito, el insomnio, la disminución del interés sexual, los sentimientos de impotencia y desesperanza persistentes, la agitación psicomotora y la falta de energía pueden ser una consecuencia de la enfermedad y de los efectos del tratamiento y no deben ser considerados como signos característicos de la depresión de las personas enfermas. En cambio, deberían evaluarse en la población con enfermedades terminales síntomas más confiables como la apariencia depresiva, el miedo, el retraimiento, la autocompasión y la sensación de castigo y un estado de ánimo que no puede mejorarse con las buenas noticias (Wilson et al., 2000).
- Historial/tratamiento psiquiátrico previo:
 - Los pacientes con cáncer que tienen un riesgo más alto de suicidio son aquellos con diagnósticos de cánceres orales, faríngeos o pulmonares.
 - Los factores predisponentes más fuertes para el suicidio son la presencia de trastornos psiquiátricos, la depresión y el abuso del alcohol.
 - También pueden considerarse como factores predisponentes las enfermedades médicas crónicas que producen un deterioro y una percepción de mala salud, un conflicto reciente o una pérdida de una relación significativa (Pasacreta et al., 2006).
- Presencia de factores de riesgo:
 - Otros factores predisponentes: ser de sexo masculino, mayor de 45 años, que vive solo y que carece de un sistema de apoyo.
 - El dolor sin controlar, la presencia de deficiencias múltiples, por ejemplo la imposibilidad de caminar, la pérdida del control de la vejiga y de los intestinos, la amputaciones, la incapacidad de comer o tragar, las pérdidas sensoriales y el agotamiento son factores de riesgo en esta población (Pasacreta et al., 2006).

o
o
o

Ejemplo de preguntas para la evaluación de la depresión

- **¿Cómo se ha sentido de ánimo últimamente?**
- **¿Cómo ve su futuro?**
- **¿Cuál es el problema mayor que usted está enfrentando?**

Wilson et al., 2000

E L N E C International Curriculum o o o o o o o

- La evaluación de la depresión es fundamental para identificar a aquellas personas que tienen un riesgo mayor.
- Preguntas para la evaluación de la depresión (Wilson et al., 2000)
 - ¿Se siente deprimido? ¿Se ha sentido triste durante el último mes?
 - ¿Cómo se ha sentido de ánimo últimamente?
 - ¿Cómo describiría su estado de ánimo del día de hoy?
 - ¿Cómo ha estado durmiendo últimamente?
 - ¿Cuál es su nivel de energía?
 - ¿Cómo ve su futuro?
 - ¿Cuál es el problema mayor que usted está enfrentando?
 - ¿Puede concentrarse como lo hacía antes?

o
o
o

Evaluación del suicidio

- **¿Usted cree que no vale la pena vivir?**
- **¿Ha pensado en cómo podría matarse?**

E L N E C International Curriculum o o o o o o o

- Los pacientes con planes de suicidio inmediatos, letales y precisos y recursos para llevarlos a cabo deberán ser evaluados inmediatamente por profesionales psiquiátricos, internados o colocados bajo supervisión estricta, apropiada y continua. Los pacientes con un riesgo mayor de suicidio son aquellos que tienen:
 - Una enfermedad grave que progresa rápidamente y que produce un deterioro funcional rápido.
 - Dolor que no responde al tratamiento.
 - Antecedentes de depresión, intentos de suicidio o abuso de sustancias (DeLeo & Spathonis, 2003).
- La letalidad del intento de suicidio deberá evaluarse de acuerdo con lo siguiente:
 - La presencia de un plan de suicidio, un método para llevarlo a cabo y disponibilidad de recursos para hacerlo.
 - Capacidad del paciente de comunicar el intento de suicidio y el resultado pretendido (gesto en comparación con el intento serio de morir).
- Preguntas para la evaluación del suicidio
 - ¿Usted piensa que no vale la pena vivir?
 - ¿Ha pensado alguna vez en quitarse la vida? ¿Está pensando ahora en hacerlo?
 - ¿Ha pensado en cómo podría suicidarse?

NOTA: ¡La atención interdisciplinaria es una obligación!

**Intervenciones farmacológicas
para la depresión**

- **Antidepresivos**
- **Estimulantes**
- **No-benzodiacepinas**
- **Esteroides**

E L N E C International Curriculum

- Existe una amplia gama de fármacos para tratar la depresión. Estos fármacos pueden utilizarse solos o en combinación con otros psicotrópicos.
 - Antidepresivos
 - ◆ Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (SSRI, por sus siglas en inglés), por ejemplo, fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram.
 - ◆ Tricíclicos (nortriptilina).
 - ◆ Otros (venlafaxina, mirtazepina, duloxetina, bupropion).
 - Estimulantes
 - ◆ Metilfenidato
 - No benzodiacepinas
 - ◆ Clorhidrato de buspirona
 - Esteroides
 - ◆ Dexametasona

Material didáctico suplementario sugerido:

Cuadro 8: Tratamientos farmacológicos para la depresión



o
o
o

Intervenciones no farmacológicas para la depresión

- Promueven la autonomía
- Consejo para la tristeza
- Recurren a los puntos fuertes
- Usan las estrategias cognitivas

E L N E C International Curriculum o o o o o o o

- Existen muchas intervenciones no farmacológicas para la depresión. Las técnicas no farmacológicas sugeridas son (Berenson, 2006):
 - La cultura influye el modo en el que se presentan los síntomas y las respuestas a la depresión, por ejemplo, las personas pertenecientes a las culturas latina y mediterránea se quejan porque tienen "nervios" y dolores de cabeza y las de las culturas china o asiática hablan de "desequilibrio" (Pasacreta et al., 2006).
 - Promueva y facilite la mayor autonomía y control posibles.
 - Fomente la participación del paciente y la familia en la atención médica, ya que esto promoverá una sensación de control y reducirá los sentimientos de impotencia.
 - Los recuerdos y la revisión de la vida pueden ayudar a los pacientes con enfermedades terminales a concentrarse en los logros de la vida y a promover un cierre y la resolución de asuntos de su vida y de su familia.
 - La ayuda para el duelo puede brindar apoyo a los pacientes y sus familias para enfrentar las pérdidas del pasado, del presente y del futuro.
 - Controle lo más posible los síntomas para disminuir los factores estresantes físicos que pueden exacerbar los síntomas de depresión y ansiedad.
 - Puede ser necesario que aquellos pacientes que tengan una incapacidad significativa para enfrentar la experiencia de su enfermedad reciban asesoramiento psiquiátrico.
 - Ayude al paciente a recurrir a sus recursos previos de fortaleza, por ejemplo la fe y otros sistemas de creencias.
 - Ayude al paciente con las técnicas cognitivas y conductuales para reformular los pensamientos negativos y transformarlos en pensamientos positivos.
 - Puede tenerse en cuenta la terapia electroconvulsiva para los pacientes con características suicidas o psicóticas o con contraindicaciones durante el tratamiento (Lipman et al., 2000).

La ansiedad o angustia

- **Sentimiento subjetivo de aprehensión**
- **A menudo sin una causa específica**
- **Se divide en las categorías de leve, moderada o grave**

E L N E C International Curriculum

- La ansiedad es un sentimiento subjetivo de aprehensión, tensión, inseguridad y malestar, generalmente sin una causa específica conocida.
- Los signos y síntomas que acompañan a la ansiedad se presentan de modo continuo y pueden ser evaluados como leves, moderados o graves. Cuanto mayor sea la amenaza que perciba el paciente, mayor será la respuesta de ansiedad.
 - (Consulte los Resúmenes informativos del PDQ® del National Cancer Institute [Instituto Nacional del Cáncer]): Supportive Care “Anxiety Disorders” (Atención de apoyo para los “Trastornos de ansiedad” en: <http://www.nci.nih.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/anxiety/healthprofessional>
 - Revisión de Cochrane “Drug Therapy for Anxiety in Palliative Care” (Terapia farmacológica para la ansiedad en la atención paliativa) en: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab004596.html>

Diapositiva 43

Causas de la ansiedad

- **Medicamentos y sustancias**
- **Incertidumbre**

Emanuel et al., 1999

E L N E C International Curriculum

- Muchos medicamentos/sustancias y un futuro incierto pueden estar asociados con la ansiedad.
- Medicamentos y sustancias:
 - Estimulantes, hormonas para el reemplazo de la tiroides, neurolépticos, corticoesteroides, digitálicos, antihipertensivos, antihistamínicos, medicamentos contra el mal de Parkinson, anticolinérgicos, analgésicos y síndromes de abstinencia de diversos fármacos y reacciones paradójicas.
- Los pacientes con enfermedades que limitan la vida, en general enfrentan futuros inciertos. Ejemplos:
 - Enfrentar regímenes de tratamiento difíciles y agotadores y sus efectos secundarios.
 - Cambios en el estilo de vida.
 - Inquietudes financieras.
 - Dependencia de los demás.
 - Enfrentar conflictos familiares.
 - Enfrentar la mortalidad.

Evaluación de la ansiedad

- **Síntomas físicos**
- **Síntomas cognitivos**
- **Preguntas para la evaluación**

APA, 1994

E L N E C International Curriculum

- El miedo y la ansiedad son reacciones esperadas ante un diagnóstico terminal y requieren una evaluación frecuente.
- Los síntomas de ansiedad pueden tener una o más de las siguientes características: aprehensión crónica, preocupación, incapacidad para relajarse, dificultad para concentrarse, para dormirse y permanecer dormido.
 - Los síntomas físicos pueden ser:
 - ◆ transpiración, taquicardia, inquietud, agitación, temblores, dolor en el pecho, hiperventilación, tensión.
 - Los síntomas cognitivos incluyen:
 - ◆ Pensamientos, ideas o impulsos recurrentes y persistentes, temor a "volverse loco" y miedo a la muerte. Si los síntomas no ceden o empeoran, será necesaria la intervención. El tratamiento dependerá de la etiología y de la gravedad de los síntomas (American Psychiatric Association [APA], 1994).
- Preguntas para la evaluación de la ansiedad (Wilson et al., 2003)
 - ¿Ha experimentado síntomas de ansiedad desde el diagnóstico de su enfermedad o tratamiento? ¿Cuándo ocurren y por cuánto tiempo duran?
 - ¿Se siente nervioso, tembloroso o inquieto?
 - ¿Ha tenido un comienzo repentino de una sensación de que podría volverse loco, perder el control o morir?
 - ¿Se preocupa por el momento en el que regresará el dolor y por su gravedad? ¿Se preocupa por si podrá recibir su próxima dosis del medicamento a horario?

Diapositiva 45

○
○
○

Intervenciones farmacológicas para la ansiedad

- Antidepresivos
- Benzodiazepinas/anticonvulsivantes
- Neurolépticos
- No-benzodiazepinas

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Las intervenciones farmacológicas para la ansiedad pueden ser multifacéticas. (Consulte las intervenciones farmacológicas detalladas a continuación en los materiales educativos suplementarios).

Material didáctico suplementario sugerido:

Cuadro 9: Tratamientos farmacológicos para la ansiedad y la agitación

Intervenciones no farmacológicas para la ansiedad

- Escucha comprensiva
- Confianza y apoyo
- Información/advertencias concretas
- Relajación/visualización

E L N E C International Curriculum

- Existen muchas intervenciones no farmacológicas disponibles para el tratamiento de la ansiedad. Las técnicas no farmacológicas pueden ser:
 - Reconocimiento de los miedos del paciente por medio de preguntas con un final abierto, reflexión, clarificación y escuchar y hacer comentarios con empatía, ayudar al paciente a identificar estrategias efectivas para enfrentar las cosas que haya usado en el pasado y aprender nuevas habilidades para enfrentar la situación.
 - Permitirle al paciente expresar el enojo y brindar la tranquilidad y el apoyo apropiados.
 - Brindar información concreta para eliminar el miedo a lo desconocido y cuando sea apropiado, advertir sobre los hechos que podrían ser estresantes.
 - Fomentar el uso de un diario para registrar el estrés, que le ayude al paciente a comprender las relaciones entre la situación, los pensamientos y los sentimientos.
 - Explorar las experiencias del paciente con respecto a las situaciones en que “salvaron por poco”. Estos incidentes pueden ser factores estresantes traumáticos que el paciente o un miembro de la familia hayan experimentado en el pasado, o durante una enfermedad o tratamiento que hayan tenido un impacto en la capacidad potencial de enfrentar las situaciones. Estas experiencias pueden ser la muerte de un ser querido, o su propia experiencia de estar cercano a la muerte (Pasacreta et al., 2006).
 - Controlar los síntomas lo más posible para disminuir los factores físicos estresantes que pueden exacerbar los síntomas de depresión y ansiedad.
 - Promover el uso de las técnicas de relajación y visualización guiada con grabaciones de audio, ejercicios de respiración y relajación progresiva de los músculos.
 - Puede ser necesario que aquellos pacientes que tengan una incapacidad significativa para enfrentar la experiencia de su enfermedad necesiten asesoramiento psiquiátrico.

Material didáctico suplementario sugerido:

Ilustración 1: Ejercicio de visualización

Ilustración 2: Métodos de alivio no farmacológicos

o
o
o

Delirio/Agitación/Confusión

- **Delirio - Cambio agudo en el conocimiento/conciencia**
- **Agitación - acompaña al delirio**
- **Confusión - desorientación, comportamiento inadecuado, alucinaciones**

Coyne et al., 2002

E L N E C International Curriculum o o o o o o o

- El delirio es un cambio agudo de la capacidad cognitiva o de la conciencia. El delirio terminal es común en los pacientes que están cerca de la muerte y ocurre en aproximadamente el 88% de los individuos, o con una frecuencia mayor (Lawlor et al., 2000). La detección y evaluación tempranas pueden llevar a la resolución del delirio si la causa es reversible, pero en todos los casos es fundamental el apoyo del paciente y la familia (Lawlor & Bruera, 2002, Coyne et al., 2002). (Consulte los Resúmenes informativos del PDQ® del National Cancer Institute [Instituto Nacional del Cáncer]: Supportive Care “Delirium” (Atención de apoyo para el “Delirio” en: <http://www.nci.nih.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/delirium/healthprofessional> y la Revisión de Cochrane “Drug Therapy for Delirium in Terminally Ill Patients” (Terapia farmacológica para el delirio en los pacientes con enfermedades terminales en: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab004770.html>
- La agitación es un síntoma común que acompaña al delirio (delirio hiperactivo), a pesar de que también pueden ocurrir los síntomas de retraimiento (delirio hipoactivo).
- La confusión se refiere a la desorientación, al comportamiento o la comunicación inadecuados y/o alucinaciones.

Diapositiva 48

Causas

Ejemplos:

- **Infección**
- **Medicamentos**
- **Hipoxemia**
- **Distensión de la vejiga**

E L N E C International Curriculum

- Existen muchas causas diferentes para el delirio, la agitación y la confusión (Lawlor et al., 2000).
- Las causas pueden ser:
 - Infección.
 - Medicamentos.
 - Anomalías metabólicas.
 - Hipoxemia.
 - Insuficiencia renal o hepática.
 - Estreñimiento.
 - Deficiencias vitamínicas.
 - Dolor sin aliviar.
 - Estreñimiento o distensión de la vejiga.
 - Suspensión rápida de los medicamentos (opioides, benzodiacepinas).
 - Suspensión rápida del alcohol.

Diapositiva 49

Evaluación

- **Examen físico**
- **Historial**
- **Angustia espiritual**
- **Otros síntomas**

Kuebler et al., 2006

E L N E C International Curriculum

- La evaluación del delirio/la agitación/la confusión tiene múltiples facetas. Se necesita una evaluación cuidadosa para distinguir los diversos síntomas relacionados con la ansiedad, la depresión, la confusión y el delirio.
- Evaluación física:
 - Los síntomas comunes son trastornos del ciclo de sueño/vigilia, agitación, inquietud, gemidos. Evalúe las causas subyacentes potenciales como se indica anteriormente.
- Historial
 - Determinar el comienzo y distinguir el delirio de los síntomas relacionados tales como la ansiedad o la depresión.
- Evaluar la angustia espiritual.

Material didáctico suplementario sugerido:

Cuadro 13: Delirio, agitación, confusión

Diapositiva 50

Tratamiento

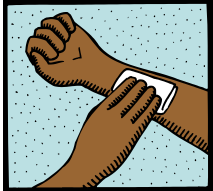
- **Farmacológico**
- **Evaluar los medicamentos**
- **Reorganización**
- **Relajación/distracción**
- **Hidratación**

E L N E C International Curriculum

- Se ha demostrado que el uso de terapias farmacológicas y no farmacológicas ha sido beneficioso para tratar el delirio/la agitación/la confusión.
- Tratamientos farmacológicos:
 - Neurolépticos (haloperidol, clorpromazina).
 - Benzodiacepinas para la agitación aguda.
- Deben controlarse muy de cerca los efectos secundarios de estos agentes. Trate los síntomas neuromusculares (temblores, tics) con midazolam.
- Evalúe los medicamentos actuales para eliminar los fármacos que no sean esenciales.
- Presencia de la familia o del personal para reorientar si es necesario.
- Instituya tratamientos no farmacológicos tales como las terapias de relajación/distracción, masajes (Berenson, 2006).
- Puede indicarse la hidratación según la evaluación de los beneficios o cargas potenciales.

Heridas

- **Pacientes con riesgo**
- **La prevención es la clave**



E L N E C International Curriculum

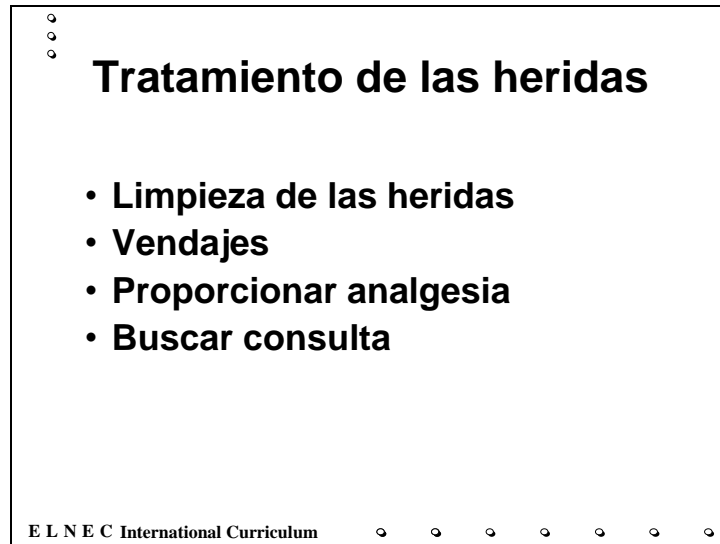
- Definición/generalidades
 - Las heridas pueden describirse como un drenaje de la piel de distintos grados que puede causar un dolor inflamatorio y ser un lugar potencial de infección.
 - Los pacientes con un riesgo más alto son los individuos con debilidad y demencia y con los siguientes cánceres: seno, pulmón, riñón, estómago, ginecológico, vejiga y cabeza y cuello.
- Causas
 - Los factores de riesgo incluyen
 - ◆ Intrínsecos – discapacidad sensorial, crecimiento del tumor o enfermedad vascular.
 - ◆ Extrínsecos – presión, fricción/cizalladura, extravasación de la quimioterapia, radioterapia, incontinencia urinaria y fecal.
 - Los factores de riesgo son mayores debido al estado funcional malo, la disminución de la actividad, la alimentación deficiente y/o la edad avanzada.
 - La prevención es clave y requiere:
 - ◆ Intervención temprana;
 - ◆ Mantenimiento de la mayor movilidad posible;
 - ◆ Disminución de la humedad;
 - ◆ Mantenimiento del estado nutricional según corresponda.

Evaluación de las heridas

- **Características**
- **Dolor**
- **Psicosociale**
- **Cuidadores**

E L N E C International Curriculum

- La evaluación de las características de la herida incluye:
 - Olor.
 - Ubicación – anatomía.
 - Tamaño – longitud, ancho, profundidad.
 - Color – rosado, negro o amarillo.
 - Drenaje – cantidad, consistencia, origen.
 - Estado de integridad de los contornos de la herida: inflamados o macerados.
 - Calificación:
 - ◆ Grado 1: Eritema en piel intacta que no palidece con la presión
 - ◆ Grado 2: Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis y/o la dermis (cráter chato o ampolla).
 - ◆ Grado 3: Pérdida total del grosor de la piel que involucra daño o necrosis del tejido subcutáneo que puede extenderse a la fascia. Es generalmente un cráter profundo con o sin daño de las estructuras adyacentes.
 - ◆ Grado 4: Pérdida total del grosor de la piel con destrucción considerable, necrosis o daño en el músculo, el hueso y las estructuras de sostén.
- Dolor
- Asuntos psicosociales
- Impacto en los cuidadores con respecto al manejo de la herida e impacto en las relaciones.
- Evaluación de diagnóstico según sea apropiado:
 - Transferrina y albúmina.
 - Creatinina.
 - Hemoglobina.
 - Hemogramas (recuentos) completos de sangre.
 - Cultivos de la sangre y de las heridas.



Tratamiento de las heridas

- **Limpieza de las heridas**
- **Vendajes**
- **Proporcionar analgesia**
- **Buscar consulta**

E L N E C International Curriculum

- Los tratamientos para los pacientes con cáncer pueden incluir la quimioterapia, la radioterapia, la cirugía, el láser o el reemplazo hormonal.
- La limpieza de la herida para reducir el exudado debe ser suave para prevenir los traumas, el sangrado y el dolor.
- Pueden ser útiles los vendajes adecuados para absorber los exudados. Use la limpieza y los vendajes adecuados, tales como los vendajes húmedos o con colágeno para disminuir el riesgo de sangrado.
- Deberá asegurar el tratamiento analgésico apropiado para toda la atención de las heridas (antes de cambiar la posición de la persona o los vendajes).
- El metronidazole tópico puede disminuir las infecciones y mejorar el olor (Grocott & Dealey, 2004).
- Haga el desbridamiento según corresponda; puede ser necesario recurrir a un enfermero enterostomal o a un equipo especializado en el cuidado de las heridas según sea conveniente.
- Continúe evaluando el impacto de la herida en la autoestima del paciente.

Convulsiones

- **Definición**
- **Causas**
 - Infecciones
 - Trauma
 - VIH
 - Tumores
 - Medicamentos
 - Desequilibrios metabólicos

E L N E C International Curriculum

- Definición: Impulsos eléctricos repentinos, anormales y excesivos en el cerebro que alteran las funciones neurológicas como por ejemplo las funciones motrices, autonómicas, de la conducta y cognitivas. Se desconoce el mecanismo exacto (Paice 2006).
- Pueden estar originadas por infecciones, traumas, lesiones en el cerebro por causa de embolia y hemorragias, VIH, tumores del cerebro primarios y metastásicos, trastornos paraneoplásicos, efectos secundarios de los medicamentos, desequilibrios metabólicos, toxicidad de los fármacos y abstinencia de los medicamentos (Paice, 2006).

o
o
o

Evaluación de las convulsiones

- **Manifestaciones**
 - **Aura**
 - **Cambios en el estado mental**
 - **Sensory changes**
- **Exámen físico**
- **Exámenes de laboratorio**

E L N E C International Curriculum o o o o o o o

- Las manifestaciones incluyen el aura, el comienzo agudo o gradual, los cambios en el estado mental, los cambios motores y sensoriales.
- El examen comprende orientación, fluidez del habla, registro, evaluación de los nervios craneanos, función motora, examen sensorial y examen oral para detectar el trauma en la boca y la lengua.
- Clasificaciones:
 - Parcial simple – región cortical específica afectada. Los niveles normales de conciencia pueden ser como un aura.
 - Complejas – conciencia deficiente.
 - ◆ Ausencia – típico de la infancia, ocurre frecuentemente con parpadeo.
 - ◆ Parcial compleja – es más común en los adultos y en el ámbito de la atención paliativa. El paciente parece despierto pero no responde. Puede tener un aura y luego convulsiones de 3 minutos y un período de estupor poscrítico.
 - Generalizadas – compromiso hemisférico bilateral. Tónico-clónicas con pérdida repentina de la conciencia con características de rigidez muscular difusa, mioclonía y fasciculaciones.
- Según los objetivos de la atención médica, puede ser conveniente realizar un hemograma (recuento) completo, un perfil químico, un examen de alcohol y drogas y de los niveles de fármacos.

o
o
o

Tratamiento de las convulsiones

- **Limitar el trauma**
- **Tratamientos anticonvulsivantes**
 - Fenitoína
 - Phenobarbital
 - Lorazepam, diazepam


E L N E C International Curriculum o o o o o o o

- El tratamiento está concentrado en la prevención y en la limitación del trauma tanto para el paciente como para la familia que lo presencia.
- Terapia anticonvulsivante y terapia intravenosa:
 - La fenitoína es la terapia más común para las convulsiones simples, complejas y tónico-clónicas. Los efectos secundarios incluyen ataxia, molestias gastrointestinales, enfermedades de las encías y anemia.
 - El fenobarbital se utiliza para las convulsiones parciales, generalizadas y tónico-clónicas.
 - También se pueden usar benzodiazepinas tales como lorazepam, diazepam, o midazolam de administración intravenosa.

o
o
o

Fiebre

- **Definición**
- **Causas**
 - Infección
 - Lesión de los tejidos
 - Termorregulación alterada



E L N E C International Curriculum o o o o o o o

- Definición: La fiebre al final de la vida suele superar los 100 grados (Fahrenheit).
- Causas: Consecuencia de infecciones, lesiones en los tejidos o de la termorregulación alterada por causa del cáncer. Puede ser sistémica, por ejemplo, por causa de: endocarditis; tuberculosis; infecciones en el hígado o el páncreas relacionadas con el VIH, empiema, infecciones del tracto urinario y algunos cánceres como el linfoma o la leucemia (Rhiner & Slatkin, 2006).

○ ○ ○

Evaluación/Tratamiento de la fiebre

- **Clínica**
 - Rubor
 - Decaimiento/fatiga
- **Escalofríos/temblores**
- **Tratamiento**
 - Antibióticos
 - Antipiréticos
 - Medidas para enfriar



E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Evaluación
 - Manifestaciones clínicas: Sofocos, decaimiento, fatiga, mialgias, ampollas de fiebre, temblores o rigores que progresan con la bacteriemia. Puede haber confusión, delirio y estupor. Puede haber taquicardia.
 - Examine los signos vitales: Taquicardia, examine la cabeza, las oídos, los ojos, el cuello y la garganta para ver si hay eritema, los sonidos de los pulmones, realice un examen abdominal para detectar la sensibilidad y eritema en las articulaciones e inflamación.
 - Deberá analizarse cuántos exámenes deben hacerse teniendo en cuenta el pronóstico y los beneficios y molestias de los exámenes.
 - ♦ Hemogramas (recuentos) completos de sangre.
 - ♦ Función hepática.
 - ♦ Análisis de orina.
 - ♦ Cultivos de sangre, heces, orina o heridas.
 - ♦ Radiografías o tomografías según corresponda.
- Tratamiento
 - Si se decide hacer un tratamiento, analice los factores y el tipo de exámenes que son necesarios y cómo eso influiría en el tratamiento al final de la vida. El tratamiento puede incluir:
 - ♦ Antibióticos para la causa conocida o conjeturada, según los deseos del paciente y de la familia, para el alivio y comodidad durante el proceso febril;
 - ♦ Antipiréticos, que pueden ser supositorios de acetaminofeno, de indometacina o ketorolac intravenoso;
 - ♦ Enfriamiento físico – baños frescos (con una esponja), paños frescos para la cabeza (deben evitarse las compresas de hielo porque causan temblores, que producen más calor).

Diapositiva 59

o
o
o

Linfedema

- **Inflamación progresiva y crónica debido a una falla en el drenaje linfático**
- **Pacientes en riesgo**



E L N E C International Curriculum o o o o o o o

- Definición/generalidades
 - El linfedema es la inflamación crónica y progresiva debido a la falta de drenaje en el sistema linfático.
- Los pacientes con riesgo incluyen a aquellos que han tenido una cirugía en la que se extirparon los ganglios linfáticos (cirugía del seno), infecciones que afectan el sistema linfático o radioterapia.

Diapositiva 60

Evaluación del linfedema

- **Historial de la enfermedad/tratamiento**
- **Examen físico**

E L N E C International Curriculum

- Evalúe los antecedentes de enfermedades y tratamientos y cuál podría ser la etiología del linfedema y también la duración, los síntomas y complicaciones de este trastorno.
 - Determine los cambios en la actividad relacionados con el linfedema.
 - Evalúe la depresión y la disminución de la autoestima.
- El examen físico debería incluir:
 - Inspección del tamaño, integridad de la piel y presencia de infecciones.
 - Palpación del pulso.
 - Determine las funciones motoras y sensoriales.
 - Mida las extremidades.

Diapositiva 61

Tratamiento del Linfedema

- **Educación**
- **Motivos humanitarios**
- **Otros**

E L N E C International Curriculum

- Educación del paciente y la familia para controlar la integridad de la piel, evitar levantar peso y no darse baños de inmersión en agua caliente.
- No se deberá extraer sangre de la extremidad afectada. Debería aumentarse el ejercicio de acuerdo con la tolerancia.
- El tratamiento puede incluir prendas y mangas de compresión y los tratamientos de compresión manual, que se realizan con vendajes y drenaje linfático manual.
- Enfatice el cuidado meticuloso de la piel para evitar la celulitis (se recomiendan los emolientes y humectantes a base de agua).
- Otras técnicas, que han sido puestas en práctica y que tienen una efectividad cuestionable son: diuréticos, esteroides, antibióticos, etc.

Diapositiva 62

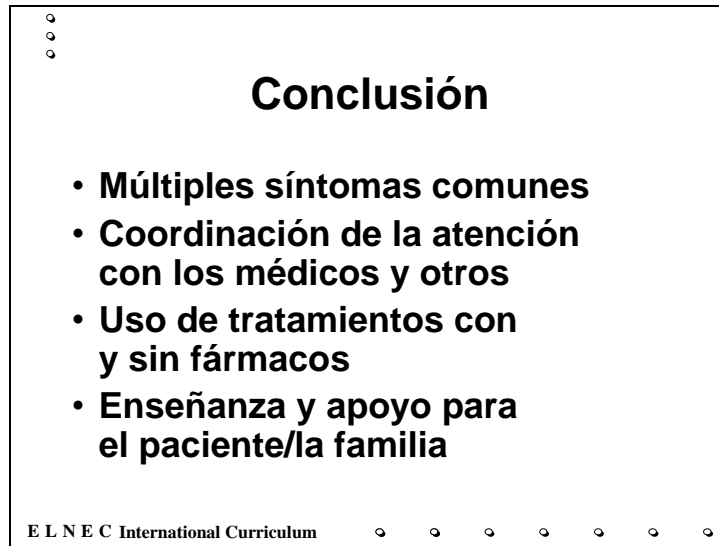
Papeles clave

- **Defensa del paciente**
- **Evaluación**
- **Tratamientos farmacológicos**
- **Tratamientos no farmacológicos**
- **Educación del paciente/familia**

E L N E C International Curriculum

- El equipo de atención médica brinda una oportunidad única de manejar una amplia gama de síntomas que experimentan las personas con enfermedades terminales.
- Los roles clave para el control de los síntomas son:
 - Defensa del paciente.
 - Evaluación.
 - Tratamientos farmacológicos.
 - Tratamientos no farmacológicos.
 - Educación del paciente / familia.

Diapositiva 63



•
•
•

Conclusión

- **Múltiples síntomas comunes**
- **Coordinación de la atención con los médicos y otros**
- **Uso de tratamientos con y sin fármacos**
- **Enseñanza y apoyo para el paciente/la familia**

E L N E C International Curriculum • • • • • • •

- El manejo de los síntomas es un desafío para todos los profesionales de la atención médica. Los síntomas múltiples son comunes al final de la vida.
- Todos los miembros del equipo de atención médica deben trabajar en estrecha colaboración con los médicos y otras disciplinas para coordinar los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.
- Los pacientes y la familia necesitan mucha educación y apoyo para el manejo de los síntomas.

Diapositiva 64



Módulo 3: Manejo de los síntomas

Casos de estudio

Módulo 3

Caso de estudio N° 1

La Sra. Smith: Anorexia/depresión/ansiedad

La Sra. Smith es una mujer de 85 años de edad con una enfermedad cardíaca en estadio terminal que está en un programa de atención de hospicio en el hogar. Ella ha estado muy cómoda sin experimentar ningún otro síntoma y ha estado bastante funcional hasta hace dos semanas. Su familia se comunica con el miembro del personal de atención de hospicio en el hogar porque ella no tiene apetito, “tiene una tristeza continua”, y ansiedad y la familia considera que esto está afectando su funcionamiento.

En una visita de rutina que realiza el miembro del personal de atención de hospicio, la paciente dice que no tiene apetito y que se siente bastante cómoda si come “bocadillos” ocasionalmente cuando ella quiere. Sin embargo, su familia tiene una postura categórica con respecto a que ella tiene que tener una buena nutrición y la familia solicita que se le coloque una vía intravenosa. Además, la familia cree que la Sra. Smith está deprimida y “demasiado ansiosa” y esto fomenta su falta de apetito. La Sra. Smith dice que ella ha tenido problemas con la depresión durante muchos años pero que siempre ha intentado ver “el lado positivo” para luchar contra la tristeza. Además ella reconoce que se pone ansiosa cuando sus hijos van a visitarla porque ellos “no quieren admitir que me estoy muriendo”. La Sra. Smith dice que no siempre duerme bien a la noche porque tiene miedo de morir y de dejar a su familia. Ella dice: “Desearía haber criado mejor a mis hijos. Si lo hubiese hecho, no existirían todas estas peleas con respecto a mi atención médica. Deseo que me dejen sola para poder morir como yo quiero”.

Preguntas para el análisis:

1. ¿Cómo podría el miembro del personal de atención de hospicio incorporar la atención interdisciplinaria para esta paciente?
2. ¿Qué evaluaciones adicionales serían necesarias?
3. ¿Qué intervenciones podrían tenerse en cuenta?

Módulo 3
Caso de estudio N° 2
El Sr. J.: Estreñimiento/depresión/confusión

El Sr. J. es un hombre activo de 71 años de edad y su enfermera de atención en el hogar le llama a usted para hablarle sobre sus síntomas, que son letargo, estreñimiento y un estado mental alterado cuestionable. El paciente tiene un cáncer de próstata metastásico que incluye una metástasis a los huesos. Es un hombre muy orgulloso y reservado, le dice la enfermera a usted, y él no siempre quiere escuchar lo que el médico le dice.

Como enfermero de la clínica de oncología médica, usted atendió a este paciente y su familia durante varios meses. El Sr. J. ha estado recibiendo 200 mg de morfina de liberación prolongada oralmente cada 12 horas con comprimidos de 10 mg de sulfato de morfina de liberación inmediata oralmente cada 2-3 horas según sea necesario para el dolor. Su dolor estuvo bien manejado con este régimen durante el mes pasado. También estuvo con un régimen efectivo para los intestinos hasta la semana pasada. Usted, el enfermero de oncología, le dice a la enfermera de atención en el hogar que el paciente debe ir a la clínica.

Preguntas para el análisis: Parte 1:

1. Analice la evaluación física que debería realizársele al Sr. J.
2. ¿Qué estudios de laboratorio o radiográficos podrían ordenarse? ¿Por qué?
3. Analice el diagnóstico diferencial para estas afecciones y cómo podrían manejarse.
4. ¿Qué tipo de educación le brindaría usted al paciente/familia?
5. Describa las estrategias que usted quisiera analizar con el enfermero de atención en el hogar para promover un plan integral para la atención de este paciente.

Continuación del caso:

La esposa del Sr. J. está preocupada por el estado mental de su marido. Ella afirma que él está muy retraído y que se rehúsa a ver a los familiares o amigos. Está la mayor parte del día en la cama con las cortinas cerradas. Tiene poco apetito. A veces está confundido y agitado. La Sra. J. está muy preocupada por el estado mental de su marido. “El hermano de mi marido se suicidó hace tres años y tengo miedo de que él haga lo mismo”.

Preguntas para el análisis: Parte 2:

6. ¿Cómo evaluaría usted la depresión en un paciente que está confundido?
7. ¿Qué otros miembros del equipo interdisciplinario deberían trabajar con el Sr. J.?

8. ¿Qué servicios comunitarios sugeriría usted para la Sra. J.?

Módulo 3

Caso de estudio N° 3

La Sra. Paul: Fatiga/pérdida de peso/náuseas/vómitos/necesidades familiares

La Sra. Paul es una mujer de 48 años de edad que está muriendo por causa de una enfermedad hepática en estadio terminal y por insuficiencia renal crónica. Está fatigada y ha tenido una pérdida significativa de peso a pesar de tener un edema importante. Le diagnosticaron cáncer de colon hace tres años.

La familia de la Sra. Paul está muy molesta y desea intervenciones agresivas para mejorar el apetito, controlar la pérdida de peso (bajó 18 libras en las últimas 4 semanas) y prevenir las náuseas/vómitos. Su médico cree que uno de los factores que contribuyen a la fatiga es que su hemoglobina y hematocrito están muy bajos. La paciente recibió 4 unidades de concentrado de eritrocitos en las últimas 2 semanas. La paciente afirma que la fatiga continúa a pesar de las transfusiones de sangre. Tiene náuseas/vómitos que no responden al tratamiento y por lo tanto, es admitida en el hospital con frecuencia. Como miembro del personal de la unidad de medicina, se le hace una consulta a usted para tratar en el tema de estas internaciones frecuentes. Cuando usted evalúa estas admisiones, puede ver que el personal está muy triste cuando atiende a esta familia. Ni el médico de la familia ni el oncólogo han tomado un papel activo en el análisis de la atención paliativa con el paciente o la familia. Uno de los miembros del personal le confiesa a usted “esta familia y esta paciente merecen algo mejor, alguien debe ser honesto con ellos y decirles que ella se está muriendo”.

Preguntas para el análisis: Parte 1:

1. Hable sobre su proceso de evaluación de este caso (fatiga, pérdida de peso, náuseas, vómitos).
2. De acuerdo con sus evaluaciones, identifique qué estrategias de manejo de la situación usted usaría. ¿Qué temas desearía usted analizar con el equipo interdisciplinario?
3. Teniendo en cuenta las necesidades y las inquietudes de la Sra. Paul ¿qué estrategias e intervenciones podría usted considerar para su plan de atención médica?
4. ¿Cómo le hablaría usted al médico sobre evaluar la posibilidad de la atención paliativa para esta paciente y su familia?

Continuación del caso:

La Sra. Paul tiene cuatro hijos y sus edades son 15, 17, 21 y 25. Usted mantiene una conversación con los dos hijos menores cuando van al hospital después de la escuela para visitar a su madre. La madre está en el departamento de radiología porque le están haciendo una tomografía computarizada y usted decide que es un buen momento para hablar con los hijos. La hija más joven le dice a usted que ella sabe que su madre se está muriendo. “La vi vomitar sangre antes de que la trajéramos al hospital”. “Solíamos armar rompecabezas juntas, pero ahora está muy cansada y no puede hacerlo más”. “¿Va a morir mi mamá?”.

Preguntas para el análisis: Parte 2:

5. ¿Cómo le respondería usted a la hija de 15 años?
6. ¿Con cuáles otros miembros del equipo interdisciplinario desearía usted comunicarse para ayudar a esta familia?

Módulo 3

Caso de estudio N° 4 **El Sr. Hayes: Tos/diarrea/agitación**

El Sr. Hayes es un hombre de 53 años de edad con cáncer de colon metastásico que se ha extendido en el abdomen. Llega a su unidad con un problema de náuseas y vómitos que no responden al tratamiento durante las últimas 24 horas y diarrea (1000 cc de emesis y 400 cc de diarrea en las últimas 24 horas). Dice que apenas puede manejar las actividades de la vida diaria. Se le ha encontrado al Sr. Hayes una obstrucción parcial en el intestino delgado que no es extirpable. El paciente pregunta “¿Cuánto tiempo más tengo?” y “Podemos acelerar esto?” “No deseo que mis hijos (11 y 13 años) me vean así.” El paciente admite que se siente deprimido pero niega las ideas de suicidio. Está claramente ansioso porque no quiere convertirse en una carga para su familia y se pregunta cómo lo ven sus hijos. Su hija de 13 años le dice a usted que tiene “miedo” de que su papá muera. El paciente es un católico devoto y le dice al miembro del personal del turno de la noche que él está seguro de que sus síntomas y sufrimiento son un castigo por haberse divorciado hace diez años. Le dice al miembro del personal que quiere estar solo y no quiere que nadie lo moleste esa noche.

Preguntas para el análisis:

1. ¿Qué evaluaciones adicionales deberían hacerse?
2. ¿Se indica una evaluación adicional para el suicidio?
3. ¿Cómo podrían las distintas disciplinas contribuir a su atención médica?
4. ¿Qué le respondería usted a la hija que dice que tiene miedo de que su papá muera?
5. ¿Qué recursos comunitarios hay disponibles para ayudar al Sr. Hayes y sus hijos?
6. ¿Qué papel tiene su religión en la enfermedad?

Módulo 3

Caso de estudio N° 5

La Srta. King: Disnea/náuseas/vómitos/tos/ansiedad/agitación/delirio/temas del personal

La Srta. King es una mujer soltera de 32 años de edad que está muriendo de SIDA (tiene sarcoma de Kaposi y linfoma en el sistema nervioso central) en la unidad de medicina. Ha vivido en un asilo durante los últimos 18 meses y no tiene familia directa. Cuando hace dos días sus síntomas se agravaron y el oxímetro de pulso indicó 76% con el aire del ambiente, el asilo la envió al hospital para que fuera admitida. Tiene disnea y los sonidos de respiración están reducidos de modo bilateral. Durante los últimos 3 días ha tenido tos productiva y tiene una disnea extrema cuando tose (las radiografías revelaron una neumonía) y también comenzó a vomitar. Está ansiosa y se agita con facilidad. En general, está confundida y tiene delirios, principalmente a la noche. “Si me duermo, sé que nunca me voy a despertar” le dijo al personal anoche. Está desorientada con respecto al tiempo, al lugar y a las personas. No ha dormido por tres días/noches. También tiene náuseas y vómitos (3-4 veces al día—emesis total durante las últimas 24 horas = 650 cc). Niega la presencia de dolor.

El personal de esta unidad es joven en su mayoría, y tiene un promedio de un año de experiencia. La mayoría de los miembros del personal no atendieron a personas con SIDA. Algunos tienen miedo, otros tienen una postura de juicio. Algunos miembros del personal tienen reacciones significativas de duelo anticipado y tienen dificultades para atender a la Srta. King. Hay un orden de no resucitar (DNR, por sus siglas en inglés) y las órdenes giran en torno a “atención para la comodidad”.

Como miembro del personal de la unidad médica, usted decide que es necesario instruir más al personal. Usted brindará información general sobre el SIDA y les ayudará a implementar un plan de atención paliativa desarrollado para la disnea, las náuseas, los vómitos, la tos, la ansiedad, la agitación y el delirio.

Preguntas para el análisis:

En su calidad de responsable de desarrollar este material educativo para el personal:

1. ¿Qué tratamientos farmacológicos quisiera enseñarle al personal con respecto a los síntomas mencionados anteriormente?
2. ¿Qué tratamientos no farmacológicos quisiera analizar?
3. Analice su plan para tratar las incomodidades que el personal tiene para tratar a la Srta. King.
4. Especifique las oportunidades de capacitación para que el personal mejore la atención brindada a la Srta. King.

Módulo 3

CASO DE ESTUDIO N° 6

El Sr. C: Disnea/fatiga

El Sr. C es un hombre de 75 años de edad con una enfermedad cardíaca en estadio terminal y una insuficiencia cardíaca congestiva desde hace mucho tiempo que incluye edema pulmonar. Tuvo su primer infarto de miocardio a los 45 años de edad, un procedimiento de bypass cuádruple a los 58 y una reparación de un aneurisma aórtico abdominal a los 62. Se jubiló hace 15 años después de haber trabajado como ingeniero. Vive con su esposa, que es sobreviviente del cáncer. Ha tenido una vida muy activa, incluso después de haberse jubilado, pero en los últimos meses ha tenido una fatiga muy importante que le impide participar o disfrutar de las actividades como lo hacía antes. A menudo dice, “siento como si no tuviera ambiciones” y “no puedo hacer nada más. No valgo nada”. Durante las últimas semanas, el Sr. C ha experimentado falta de aire, que fue aliviada en un principio con oxígeno. Lamentablemente la disnea ha progresado en la última semana y el paciente ha desarrollado tos seca. No ha dado a conocer ningún deseo con respecto a la atención para el final de la vida.

Preguntas para el análisis:

1. ¿Qué intervenciones podría usted tener en cuenta?
2. ¿Qué es fundamental enseñarle al paciente/la familia?
3. ¿Qué aspectos culturales podrían evaluarse y tratarse?
4. ¿Qué planificación a largo plazo podría tenerse en cuenta? Analice cómo se puede hablar con el médico del paciente que se opone al hospicio.

<p>Módulo 3: Manejo de los síntomas Material didáctico suplementario/Índice de las actividades de la sesión de capacitación</p>		
---	--	--

Cuadro 1	Manejo de la disnea	M3-83
Cuadro 2	Tratamiento farmacológico de la disnea	M3-84
Cuadro 3	Intervenciones farmacológicas para la tos	M3-86
Cuadro 4	Tratamientos farmacológicos para el estreñimiento	M3-87
Cuadro 5	Algoritmo para prevenir y manejar el estreñimiento producido por los opioides	M3-88
Cuadro 6	Tratamientos farmacológicos para la diarrea	M3-89
Cuadro 7	Tratamientos farmacológicos para la fatiga	M3-90
Cuadro 8	Tratamientos farmacológicos para la depresión	M3-92
Cuadro 9	Tratamientos farmacológicos para la ansiedad y la agitación	M3-94
Cuadro 10	Fármacos antieméticos para la atención paliativa	M3-95
Cuadro 11	Intervenciones no farmacológicas para las náuseas y los vómitos	M3-99
Cuadro 12	Actividades no farmacológicas para el cuidado de sí mismo relacionado con las náuseas y los vómitos	M3-101
Cuadro 13	Delirio, agitación, confusión	M3-102
Cuadro 14	Evaluación de la anorexia	M3-103
Cuadro 15	Síntomas comunes al final de la vida	M3-105
Ilustración 1	Ejercicio de visualización	M3-106
Ilustración 2	Métodos de alivio no farmacológicos	
	• Masajes	M3-108
	• Distracción	M3-111
	• Relajación	M3-113
	• Frío	M3-114
	• Calor	M3-121
Ilustración 3	Algoritmos para la atención paliativa de los	M3-127

síntomas (VCUHS)

Módulo 3: Manejo de los síntomas

Material didáctico suplementario/Actividades de la sesión de capacitación

Módulo 3

Cuadro 1: Manejo de la disnea

B	Broncoespasmos —si están presentes, evalúe la posibilidad de nebulizar con albuterol (salbutamol) o esteroides orales; si no están presentes, considere la posibilidad de reducir la dosis de teofilina y agentes adrenérgicos para disminuir el temblor y la ansiedad que muchas veces exacerban la disnea.
R	Estertores —si hay una sobrecarga de volumen, reduzca la alimentación artificial o interrumpa los líquidos intravenosos. Pueden ser necesarios los diuréticos ocasionalmente. Si parece haber neumonía, decida si un antibiótico rehabilitará al paciente o si sólo prolongará el proceso de la muerte. (Es esencial la participación del paciente y de la familia en este proceso de toma de decisiones).
E	Derrames —la toracocentesis puede ser efectiva pero si los derrames recurren y el paciente es ambulatorio, tenga en cuenta la pleurodesia con sonda pleural. Si el paciente está cercano a la muerte, es conveniente paliar la disnea con opioides.
A	Obstrucción de las vías respiratorias —verifique que los dispositivos de la traqueotomía sean limpiados regularmente. Si existen posibilidades de aspiración de los alimentos, haga un puré con los alimentos sólidos y espéselo con almidón de maíz (o con algún agente espesante de venta comercial).
T	Secreciones espesas —si la tos es fuerte, aflojar las secreciones con nebulizaciones con solución salina. Si la tos es débil, seque las secreciones con oxibutinina 5-10 mg tres veces al día, aplique parches de escopolamina cada tres días o agregue escopolamina 0.8-3.2 mg por día a la infusión subcutánea o intravenosa. Estos fármacos también reducirán los estertores de agonía.
H	Hemoglobina baja —ocasionalmente, las transfusiones de sangre pueden agregar energía y reducir la disnea durante unas semanas. Con más frecuencia, las hemorragias o la insuficiencia de la médula ósea, como la disnea (neumonía), serán parte del proceso de la muerte y pueden aliviarse mejor con opioides.

Fuente:

Storey, P. (1994). Symptom control in advanced cancer. *Seminars in Oncology*, 21(6), 748-753. Reimpreso con autorización.

Módulo 3

Cuadro 2: Tratamiento farmacológico de la disnea

Clase de fármacos	Ejemplos	Mecanismo de acción	Dosis/Comentarios
Opioides	Morfina (pueden usarse otros opioides).	No se conoce totalmente el mecanismo exacto de la disnea.	Intravenosa: -4 mg cada 15 min – 4 horas Subcutánea: 1-4 mg cada 30 minutos – 4 horas Oral: 5-15 mg, comprimido o líquido cada 1-4 horas Rectal: 5-15 mg cada 1- 4 horas
	Fentanilo		Intravenosa - 25-40 mcg cada 15 minutos según sea necesario Sublingual - 25-40 mcg cada 15 minutos según sea necesario
Broncodilatadores (usados con frecuencia para la obstrucción de las vías respiratorias, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica [COPD, por sus siglas en inglés] y el asma).	Albuterol [®] (salbutamol)	Relajación de los músculos lisos del tracto respiratorio que alivia los broncoespasmos. Estimula los receptores adrenérgicos β 2 del sistema nervioso simpático y relaja los músculos lisos del árbol bronquial.	Las dosis son muy variables según el estado general del paciente, los antecedentes de tabaquismo, la edad y la presencia de factores patológicos asociados. Puede causar nerviosismo, tos y empeorar la disnea. Las presentaciones de los fármacos son inhaladores con dosis medidas, nebulizadores u oral.
Diuréticos (usados para la insuficiencia cardíaca, reducen la sobrecarga de líquido).	Furosemida	Inhibe la reabsorción de los electrolitos en el miembro ascendente del asa de Henle, y así mejora la excreción de cloruro de sodio, el potasio, el calcio y otros electrolitos.	Oral: 20-80mg Intravenosa: 20-40 mg Las dosis varían ampliamente y deberían ser ajustadas según el requerimiento y respuesta del paciente.
Benzodiacepinas (usadas para tratar la ansiedad).	Lorazepam (existen informes contradictorios sobre la eficacia para el tratamiento de la	Parece actuar en las áreas talámica/hipotalámica del sistema nervioso central y produce un efecto ansiolítico, sedante, hipnótico y de relajación de la musculatura esquelética.	Intravenosa: 0.5-2 mg cada 8-12 horas Oral: 0.5-2 mg cada 8-12 horas Varía de acuerdo con los resultados de los exámenes

Clase de fármacos	Ejemplos	Mecanismo de acción	Dosis/Comentarios
	disnea. Por lo tanto, no debe considerarse como un tratamiento de primera línea).		de laboratorio
Ansiolíticos no benzodiazepinas	Buspirona	No produce efectos en los exámenes de función pulmonar o en la gasometría arterial, pero mejora la tolerancia al ejercicio y disminuye la sensación de falta de aire en los pacientes con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.	Control de las convulsiones: evitar el uso de los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (SSRI); comienzo lento: no apropiado para la reducción rápida, se usa para la ansiedad breve circunstancial.
Esteroides (usados para el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica).	Dexametasona	No se conoce totalmente el mecanismo. Afecta los sistemas de anticuerpos. Parece disminuir la inflamación (especialmente asociada al síndrome de la vena cava) y suprime la respuesta inmunológica. Disminuye los broncoespasmos del asma y de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.	Aerosol: 0.25 mg -20 mg Intravenosa: 0.25-20 mg Oral: 0.25-20 mg
Antibióticos	Penicilina	Varía según el agente.	Varía según el antibiótico administrado.
Antifúngicos (usados para tratar las infecciones pulmonares).	Fluconazol Ketoconazol	Varía según el agente.	Las dosis varían, en general, de 200 mg por vía oral el primer día y luego 100 mg todos los días. El fármaco ketoconazol está contraindicado con midazolam, triazolam. Use con cuidado las benzodiazepinas y otros fármacos que son metabolizados por la enzima P 450.

Clase de fármacos	Ejemplos	Mecanismo de acción	Dosis/Comentarios
Anticoagulantes	Warfarina	Previene la formación de coágulos que puede evitar la incidencia futura de émbolos pulmonares..	Varies according to lab results
	Heparina	Lisis de los coágulos existentes.	

Módulo 3

Cuadro 3: Intervenciones farmacológicas para la tos

Clase de fármacos	Ejemplos	Mecanismo de acción	Comentarios
Broncodilatadores	Terbutalina	Relaja los músculos lisos y disminuye la tos en las enfermedades de las vías respiratorias.	Las dosis varían ampliamente.
Supresores de la tos: - Opiáceos - Anestésicos locales	Sulfato de morfina	Acción sobre el sistema nervioso central, suprime la tos.	
	Benzonatato Cápsulas o comprimidos	Inhibe la tos al anestesiarse los receptores del estiramiento que controlan el reflejo de la tos.	100 mg oralmente 3 veces al día; pueden administrarse cada 4 horas hasta 600 mg diariamente.
	Nebulizaciones con lidocaína		5 ml de lidocaína al 2% por medio de un nebulizador cada 4 horas según sea necesario. Aumenta el riesgo de aspiración. No debería masticarse ni disolverse en la boca.
Expectorantes/ Antitusivos	Guaiifenesina	Aumenta la viscosidad de la secreción bronquial.	Eficacia leve.
	Dextrometorfano	Suprime el centro de la tos en el bulbo raquídeo.	Dosis: 10-20-mg oralmente cada 4 horas.
Antibióticos	Penicilina	Para tratar neumonías o infecciones de las vías respiratorias.	Es infrecuente en el uso paliativo, pero puede resultar útil en algunos procesos infecciosos.
Esteroides	Dexametasona	Para disminuir la inflamación de las vías respiratorias o la compresión de una vía respiratoria por un tumor.	
Anticolinérgicos	- Atropina -Hiosciamina -Hidrobromida	Disminuye la producción de secreción y disminuye la tos.	
Nebulización con solución salina o humidificador		Se utiliza para fluidificar las secreciones.	
Agonistas		Disminuye la broncoconstricción.	Se usa en los episodios agudos de tos asmática. Se administra por medio de nebulización o inhalación.
Adrenérgicos B-2	Ipratropio		Es útil para la bronquitis

Clase de fármacos	Ejemplos	Mecanismo de acción	Comentarios
			crónica.

Módulo 3

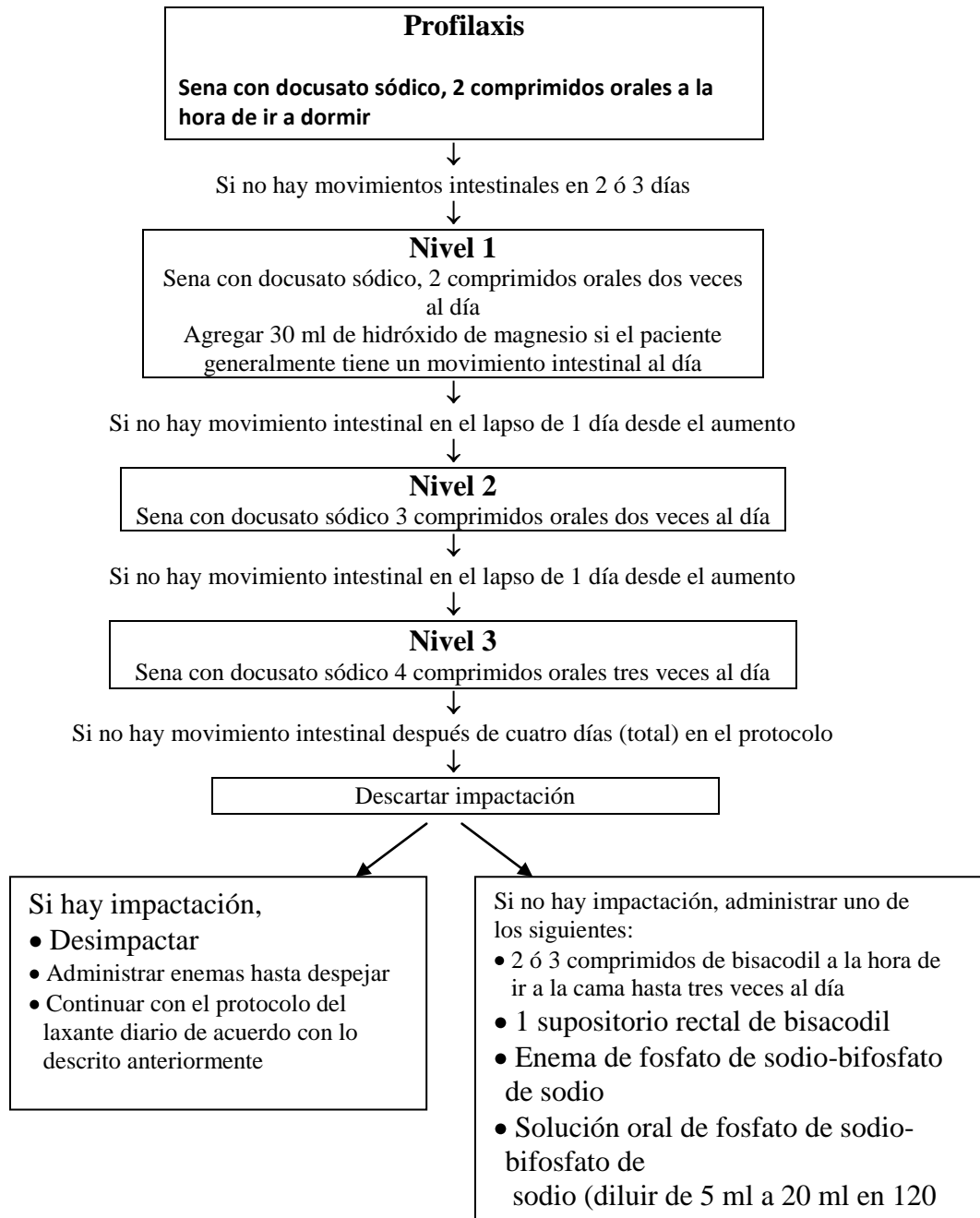
Cuadro 4: Tratamiento farmacológico para el estreñimiento

Clase de fármacos	Ejemplos	Mecanismo de acción	Comentarios
Estimulantes	Sena o sus combinaciones	Estimula el intestino	Debería utilizarse con precaución ante la presencia de una enfermedad hepática.
Laxantes Aumentadores del volumen	Psillium	Aumenta el tiempo de tránsito intestinal.	No se recomienda si la obstrucción intestinal es inminente o si el paciente tiene una ingesta de líquido limitada (menos de 8 vasos al día), rara vez es apropiado para la atención del final de la vida.
Lubricantes	Aceite mineral	Lubrica y reblandece las heces.	Disminuye la absorción de vitaminas y minerales. Asociado a neumonía por aspiración en el anciano débil.
Detergentes/ Reblandecedores	Docusato	Ablanda las heces, puede estimular el colon.	
Combinación	Sena y docusato	Combine un estimulante con un reblandecedor.	
Osmóticos	Sorbitol, lactulosa	Azúcares no absorbibles que agregan líquido al tracto gastrointestinal.	Generalmente se usa en los pacientes con estreñimiento crónico, especialmente debido al uso de opiáceos.
	Glicol de polietileno	Solvente no absorbible que lleva líquido al tracto gastrointestinal.	No debería usarse por más de 1-2 semanas.
Sales de magnesio	Leche de magnesia	Acción osmótica.	El uso prolongado o la sobredosis de los laxantes salinos pueden producir desequilibrios de electrolitos que pueden poner en riesgo la vida
Fármacos procinéticos	Cisaprida e	Corrige la propulsión deficiente en aquellos pacientes con una pseudo obstrucción intestinal.	2.5 – 10 mg oralmente cuatro veces al día.
	Metoclopramida	Efectividad en la propulsión retrasada o deficiente.	Vigile los síntomas extrapiramidales, por ejemplo, acatisia, inquietud (cabe destacar que el informe subjetivo no siempre es observable).

Clase de fármacos	Ejemplos	Mecanismo de acción	Comentarios
Nota: Hay disponibles muchas preparaciones de venta sin receta médica. Consulte las pautas de dosificación individuales.			

Módulo 3

Cuadro 5: Algoritmo para prevenir y manejar el estreñimiento producido por los opioides



Una adaptación de:

Levy, M.H. (1996). Pharmacologic treatment of cancer pain. *New England Journal of Medicine*, 335(15): 1124-1132.

Módulo 3

Cuadro 6: Tratamientos farmacológicos para la diarrea

Clase de fármacos	Ejemplos	Mecanismo de acción	Comentarios
Opioides	Atropine/ Clorhidrato de difenoxilato Clorhidrato de loperamida	Suprime el peristaltismo y aumenta el tono del esfínter.	5 mg oralmente cuatro veces al día. Comience con 4 mg orales, luego 2 mg después de cada deposición blanda y no exceder los 16 mg por día.
Agentes que agregan volumen	Psillium	Promueve la absorción de líquido y aumenta la consistencia de las heces.	Administre 1-3 veces al día, varias preparaciones disponibles. El paciente debe ser capaz de beber al menos 8 vasos de agua diariamente.
Antibióticos	Metronidazole	Elimina la infección.	La elección del antibiótico está basada en la etiología.
Esteroides	Dexametasona	Disminuye la inflamación intestinal y brinda alivio para la obstrucción intestinal parcial y la colitis ulcerosa.	
Somatostatina	Octreotida	Disminuye el tiempo del tránsito por medio de la reducción de las secreciones.	Suprime la diarrea asociada a los tumores carcinoides y al SIDA. Las dosis varían.

Módulo 3

Cuadro 7: Tratamientos farmacológicos para la fatiga

Clase de fármacos	Ejemplos	Mecanismo de acción	Comentarios
Corticoesteroides	Dexametasona (Otros: prednisona, metil- prednisolona)	No se conoce bien el mecanismo de acción. La duración y los beneficios se limitan a unas semanas.	1-2 mg oralmente dos veces al día. (Puede mejorar el apetito y el estado de ánimo, y por lo tanto, promover una sensación de bienestar, pero la duración del efecto puede ser limitada).
Estimulantes	Metilfenidato	Estimula el sistema nervioso central y los centros respiratorios, aumenta el apetito y los niveles de energía, mejora el estado de ánimo, reduce en la sedación (Bruera et al., 2003).	Comience con una dosis inicial de 5-10 mg a la mañana y al mediodía y ajuste según los efectos. Aquellos individuos muy frágiles, deberán recibir una dosis inicial de 2.5 – 5 mg todos los días o dos veces al día.
Antidepresivos		Reduce los síntomas depresivos asociados a la fatiga. Puede mejorar el sueño. Es el tratamiento de primera línea para la depresión para los pacientes oncológicos.	Comience con una dosis más baja en los ancianos frágiles. Se utilizan pero no se indican como terapia de primera línea.
• Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina	Fluoxetina Paroxetina Sertralina Citalopram	Inhibe la recaptación de la serotonina.	Los de primera línea son los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (SSRI, por sus siglas en inglés). Algunos han demostrado que disminuyen la ansiedad y el dolor. Algunos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina tienen semividas largas y deberían utilizarse con cuidado en las personas con enfermedades terminales.

	Bupropión	Mecanismo: se cree que bloquea la recaptación de la norepinefrina (NE) y la dopamina (DA).	100 mg tres veces al día, según sea necesario: Existe un aumento del riesgo de convulsiones con las dosis mayores. No exceda la dosis única de 150 mg (liberación inmediata) ó 200 mg (liberación prolongada). La dosis diaria total no debería exceder los 400 mg.
• Antidepresivos tricíclicos	Nortriptilina Desipramina	Bloquea la recaptación de los neurotransmisores de la norepinefrina y de la serotonina (NE y 5HT) en la membrana neuronal. Puede mejorar el sueño, lo que a su vez puede reducir la fatiga.	Dosis inicial de 10-25 mg a la hora de ir a la cama. Vigile los efectos de sedación. 1) Efectivos para el dolor neuropático en algunos casos, pero el perfil de efectos secundarios puede ser significativo. 2) Algunos recomiendan no administrar por más de 2 semanas dado que puede ser mortal. 3) Debería controlarse la concentración sanguínea. 4) Precauciones para las personas mayores: hipotensión, sedación, defectos en la conducción cardíaca.
• Eritropoyetina humana recombinante	Erithropoyetina	Aumenta la hemoglobina con efectos positivos en la energía, la actividad y la calidad de vida general y a la vez disminuye la necesidad de transfusiones (Krammer et al., 1999).	150 unidades/kg por vía subcutánea tres veces a la semana.

Referencias:

Bruera, E., Driver, E., Barnes, L., Wiley, J.L., Shen, J., Palmer, C. et al., (2003) Patient controlled methylphenidate for the management of fatigue in patients with advanced cancer: A preliminary report. *Journal of Clinical Oncology*, 21(23), 4439-4443.

Krammer, L., Meier, J., Gooding-Kellar, N., Williams, M., & von Gunten, C. (1999). Palliative care and oncology: Opportunities for oncology nursing. *Oncology Nursing Updates*, 6(3), 1-12.

Ly, K. L., Chidgey, J., Addington-Hall, J., & Hotopf, M. (2002). Depression in palliative care: A systematic review. Part 2: Treatment. *Palliative Medicine*, 16(4), 279-284.

Módulo 3

Cuadro 8: Tratamientos farmacológicos para la depresión

❖ **Estos fármacos pueden utilizarse solos o en combinación con otros psicotrópicos.**

Clase de fármacos	Ejemplos	Mecanismo de acción	Comentarios
Antidepresivos	<u>Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (SSRI):</u> Fluoxetina - Paroxetina - Sertralina - Citalopram	Bloquea la recaptación de la serotonina (5HT).	1) A pesar de que todos los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (SSRI) son igualmente efectivos, tenga en cuenta las respuestas anteriores, los síntomas a tratar y los perfiles de los efectos secundarios. 2) Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (SSRI) son más útiles en aquellos pacientes que tienen una esperanza de vida superior a los 2 meses. 3) Algunos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (SSRI) tienen semividas largas y por lo tanto pueden tener un uso limitado en los pacientes con enfermedades terminales con un funcionamiento deficiente de los órganos. 4) Las interacciones con el Citocromo P450 pueden ser mortales (Cozza et al., 2003). 5) Comience con 1/3 de la dosis en los pacientes debilitados y aumente hasta llegar a la dosis deseada cada 1-2 semanas. 6) Con las personas mayores, comience despacio y siga despacio. 7) Controle la presión arterial y el peso. 8) El objetivo es manejar síntomas específicos.
	<u>Tricíclicos:</u> - Amitriptilina - Nortriptilina	Bloquea la recaptación de varios neurotransmisores en la membrana neuronal. Mejora el sueño.	El fármaco amitriptilina es el más estudiado, pero es el que tiene el peor perfil de efectos secundarios y ya no se recomienda más, los efectos adversos incluyen sequedad de boca, estreñimiento y aumento de la presión intraocular con glaucoma de ángulo cerrado.
	<u>Otros:</u> - Venlafaxina	Bloquea la recaptación de la norepinefrina y la serotonina	El fármaco venlafaxina también se utiliza para tratar los sofocos de calor, las dosificaciones deben modificarse si hay enfermedades renales

Clase de fármacos	Ejemplos	Mecanismo de acción	Comentarios
	<p>- Mirtazapina</p> <p>- Duloxetina</p> <p>Otros: Bupropión</p>	<p>(NE & 5HT). Es útil para la ansiedad y la depresión y actúa como los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (SSRI) en dosis bajas</p> <p>Aumenta la liberación de NE & 5HT en la sinapsis. Mejora el sueño.</p> <p>Aprobado para la neuropatía diabética.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Aumenta el riesgo de convulsiones con las dosis mayores. 2) Contraindicado con el inhibidor de la monoaminoxidasa. 3) Evite el uso con fármacos que disminuyen el umbral de las convulsiones (pacientes dependientes del alcohol o de las benzodiazepinas). (Schatzberg et al., 2003) 	<p>y hepáticas.</p> <p>Las “dosis renales” deberán reducirse si el aclaramiento de creatinina es inferior a 30 y no se recomienda si hay insuficiencia hepática.</p> <p>Pueden usarse varios medicamentos de modo concurrente. Por ejemplo, el fármaco bupropión puede usarse con metilfenidato, refuerza la dopamina y la norepinefrina y se mejoran los síntomas de apatía, fatiga y enlentecimiento cognitivo. (Schatzberg et al., 2003)</p>
Estimulantes	Metilfenidato	Estimula el sistema nervioso central y los centros respiratorios, aumenta el apetito y los niveles de energía, mejora el estado de ánimo, reduce la sedación.	Comience con una dosis inicial de 5-10 mg a la mañana y a las 12 del mediodía y ajuste según los efectos. Actúa rápidamente, generalmente a los 2-3 días.
No-benzodiazepinas	Clorhidrato de buspirona	El mecanismo de acción es complejo, actúa en puntos múltiples del sistema nervioso central para producir la actividad ansiolítica.	<p>Es útil para los pacientes con una mezcla de síntomas de ansiedad y depresión.</p> <p>Dosis inicial de 10-15 mg por vía oral diariamente en dosis divididas y luego ajustar y no superar los 60 mg diarios por vía oral.</p> <p>Comienzo lento. La duración del efecto puede ser limitada.</p>
Esteroides	Dexametasona	Mejora el apetito y el estado de ánimo y aumenta la sensación de bienestar.	Puede aumentar el riesgo de padecer trastornos en el estado de ánimo, depresión, inestabilidad, insomnio y

Clase de fármacos	Ejemplos	Mecanismo de acción	Comentarios
			alucinaciones.

Referencias:

Cozza, K. L., Armstrong, S. C., & Oesterheld, J. R. (2003). *Drug interaction principles for medical practice* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.

Schatzberg, A. F., Cole, J. O. & DeBattista, C. (2003). *Manual of clinical psychopharmacology* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.

Módulo 3

Cuadro 9: Tratamientos farmacológicos para la ansiedad y la agitación

Clase de fármacos	Ejemplos	Mecanismo de acción	Comentarios
Antidepresivos	<p>Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (SSRI):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fluoxetina - Paroxetina - Sertralina - Citalopram <p>Otros: Venlafazina</p>	<p>Bloquea la recaptación de la serotonina.</p> <p>Bloquea la recaptación de la norepinefrina y la serotonina.</p>	<p>Son útiles para tratar la ansiedad y los ataques de pánico transitorios, deben usarse con cuidado en los enfermos terminales. Es más útil en aquellos pacientes con una expectativa de vida superior a los 2 meses.</p> <p>Pueden disminuir la ansiedad.</p>
Benzodiacepinas/anticonvulsivantes	<p>Alprazolam Lorazepam Clonazepam Temazepam Midazolam</p>	<p>Parece actuar en las áreas de los miembros, talámica e hipotalámica del sistema nervioso central y produce un efecto ansiolítico, sedante, hipnótico y de relajación de la musculatura esquelética.</p>	<p>Las dosis varían. Los fármacos lorazepam y temazepam son mejores para las personas ancianas. Pueden tener un efecto paradójico en las personas ancianas.</p> <p>Los fármacos midazolam y lorazepam se administran por vía parenteral en la agitación/inquietud terminal.</p>
Neurolépticos Antipsicóticos atípicos	<p>Haloperidol Risperidona Olanzapina</p>	<p>Bloquea la recaptación de la dopamina. Los atípicos tienen menos efectos anticolinérgicos cuando se los usa en dosis más bajas.</p>	<p>Se utilizan para la agitación grave cuando las benzodiacepinas no son efectivas, y son especialmente útiles para tratar los delirios y alucinaciones problemáticos.</p>

Module 3

Table 10: Antiemetic Drugs in Palliative Care

Drug	Indication	Dosage, Route, and Schedule	Side Effects	Comments
Butyrophenones				
Haloperidol	Opioid-induced nausea, chemical and mechanical nausea	Oral: 0.5-5 mg every 4-6 hours Intravenous: 0.5-2 mg every 3-4 hours Intravenous: 1.25-2.5 mg every 2-4 hours	Dystonias, dyskinesia, akathisia	Side effects are less at low doses. Butyrophenones may be as effective as phenothiazines, may have additive effects with other central nervous system depressants. Use when anxiety and anticipatory symptoms aggravate intensity of nausea and vomiting.
Droperidol				
Prokinetic agents				
Metoclopramide	Gastric stasis, ileus	Oral: 5-10 mg every 2-4 hours Intravenous: 1-3 mg/kg every 2-4 hours	Dystonias, akathisia, esophageal spasm, colic if gastrointestinal obstruction, headache, fatigue, abdominal cramps, diarrhea	Infuse over 30 minutes to prevent agitation and dystonic reactions; use diphenhydramine to decrease extrapyramidal symptoms.
Domperidone		Oral: 10-30 mg every 2-4 hours Per rectum: 30-90 mg every 2-4 hours		
Cannabinoids				
Dronabinol	Second-line antiemetic	Oral: 2-10 mg every 4-6 hours	Central nervous system sedation, dizziness, disorientation, impaired concentration, dysphoria, hypotension, dry mouth, tachycardia	More effective in younger adults.
Phenothiazines				
Prochlorperazine	General nausea and vomiting. Not as highly recommended for routine use in palliative care	Oral: 5-25 mg every 3-4 hours Per rectum: 25 mg every 6-8 hours Intravenous: 20-40 mg every 3-4 hours	Drowsiness, irritation, dry mouth, hypotension, extra-pyramidal side effects	May cause excessive drowsiness in elderly.

Module 3

Table 10: Antiemetic Drugs in Palliative Care

Drug	Indication	Dosage, Route, and Schedule	Side Effects	Comments
Thiethylperazine		Oral: 10 mg every 3-4 hours Per rectum: 10 mg every 6-8 hours		
Trimethobenzamide		Oral: 100-250 mg every 3-4 hours Per rectum: 200 mg every 3-4 hours		
Antihistamines Diphenhydramine	Intestinal obstruction, peritoneal irritation, vestibular causes, increased ICP	Oral: 25-50 mg every 6-8 hours Intravenous: 25-50 mg every 6-8 hours	Dry mouth, blurred vision, sedation	Cyclizine is the least sedative, so it is a better choice.
Cyclizine		Oral: 25-50 mg every 8 hours Per rectum: 25-50 mg every 8 hours Subcutaneous: 25-50 mg every 8 hours		
Anticholinergics Scopolamine	Intestinal obstruction, peritoneal irritation, increased ICP, excess secretions	Sublingual: 200-400 mcg every 4-8 hours Subcutaneous: 200-400 mcg every 4-8 hours Transdermal: 500-1500 mcg every 72 hours	Dry mouth, ileus, urinary retention, blurred vision, possible agitation	Useful if nausea and vomiting co-exist with colic.

Module 3

Table 10: Antiemetic Drugs in Palliative Care

Drug	Indication	Dosage, Route, and Schedule	Side Effects	Comments
Steroids				
Dexamethasone	Given alone or with other agents for nausea and vomiting	Oral: 2-4 mg every 6 hours Intravenous: 2-4 mg every 6 hours	Insomnia, anxiety, euphoria, perirectal burning	Compatible with 5-HT ₃ receptor antagonists or metoclopramide. Taper dose to prevent side effects.
Benzodiazepine				
Lorazepam	Effective for nausea and vomiting as well as anxiety	Oral: 1-2 mg every 2-3 hours Intravenous: 2-4 mg every 4-8 hours	Sedation, amnesia, pleasant hallucinations	Use with caution with hepatic or renal dysfunction or debilitated patients.
5-HT₃ receptor antagonists				
Ondansetron	Chemotherapy, abdominal radiotherapy, postoperative nausea and vomiting	Oral, intravenous: 0.15-0.18 mg/kg every 12 hours	Headache, constipation, diarrhea, minimal sedation	Indicated for moderate to highly emetogenic chemotherapy. Ideal for elderly and pediatric patients. Effectiveness is increased if used with dexamethasone
Granisetron				
		Oral: 1 mg every 12 hours Intravenous: 10 mcg/kg every 12 hours		
Miscellaneous				
Octreotide acetate	Nausea and vomiting associated with intestinal obstruction	Subcutaneous (recommended), Intravenous bolus (emergencies), 100-600 mcg SQ in 2-4 doses/day	Diarrhea, loose stools, anorexia, headache, dizziness, seizures, anaphylactic shock	May interfere as others with insulin and β -adrenergic blocking agents; watch liver enzymes.
Dimenhydrinate	Oral: 50-100 mg q 4 hours not greater than 400 mg/day Intravenous: 50 mg as needed		Dry mouth, blurred vision, sedation	Geriatric clients may be more sensitive to dose.

Reference:

King, C.R. (2006). Nausea and vomiting. In B.R. Ferrell & N. Coyle (Eds), *Textbook of palliative nursing* (2nd edition) (p. 184). New York, NY: Oxford University Press. Reprinted with permission.

Sources:

- Baines, M.J. (1997). ABC of palliative care: Nausea, vomiting and intestinal obstruction. *British Medical Journal*, 315 (7116), 1148-1150.
- Enck, R.E. (1994). *The medical care of terminally ill patients*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Fallon, B.G. (1998). Nausea and vomiting unrelated to cancer treatment. In A. Berger, R.K. Portenoy, & D.E. Weissman (Eds), *Principles and practice of supportive oncology* (pp. 179-189). Philadelphia, PA: Lippincott Williams-Wilkins.
- Goodman, M. (1997). Risk factors and antiemetic management of chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Oncology Nursing Forum*, 24 (7 Suppl), 20-32.
- Gralla, R., Osoba, D., Kris, M. et al. (1999). Recommendations for the use of antiemetics: Evidence-based, clinical practice guidelines. *Journal of Clinical Oncology* 17(9), 2971-2994.
- Mannix, K. A. (2004). Palliation of nausea and vomiting. In D. Doyle, G. Hanks, N. Cherney & K. Calman (Eds.), *Oxford textbook of palliative medicine* (3rd edition) (pp. 459-468). New York, NY: Oxford University Press.
- Rhodes, V. & McDaniel, R. (2001). Nausea, vomiting, and retching: Complex problems in critical care. *CA: Cancer Journal for Clinicians*, 51(4), 232-248.

Module 3

Table 11. Nonpharmacological Interventions for Nausea and Vomiting

Techniques	Description	Comments
Behavioral interventions		
Self-hypnosis	Evocation of physiological state of altered consciousness and total body relaxation. This technique involves a state of intensified attention receptiveness and increased receptiveness to an idea.	Used to control anticipatory nausea and vomiting Limited studies, mostly children and adolescents No side effects Decreases intensity and duration of nausea Decreases frequency, severity, amount, and duration of vomiting
Relaxation	Progressive contraction and relaxation of various muscle groups.	Often used with imagery Can use for other stressful situations Easily learned No side effects Decreases nausea during and after chemotherapy Decreases duration and severity of vomiting Not as effective with anticipatory nausea and vomiting
Biofeedback	Control of specific physiological responses by receiving information about changes in response to induced state of relaxation.	Two types: electromyographic and skin temperature Used alone or with relaxation Easily learned No side effects Decreases nausea during and after chemotherapy More effective with progressive muscle relaxation
Imagery	Mentally takes self away by focusing mind on images of a relaxing place	Most effective when combined with another technique Increases self-control Decreases duration of nausea Decreases perceptions of degree of vomiting Feel more in control, relaxed, and powerful

Module 3

Table 11. Nonpharmacological Interventions for Nausea and Vomiting

Techniques	Description	Comments
Distraction	Learn to divert attention from a threatening situation and to relaxing sensations.	Can use videos, games, and puzzles No side effects Decreases anticipatory nausea and vomiting Decreases postchemotherapy distress
Desensitization	Three-step process involving relaxation and visualization to decrease sensitization to aversive situations.	Inexpensive Easily learned No side effects Decreases anticipatory nausea and vomiting
Other interventions		
Acupressure	Form of massage using meridians to increase energy flow and affect emotions	Inconclusive literature support Acupressure wrist bands may be helpful to decrease nausea and vomiting
Music therapy	Use of music to influence physiological, psychological, and emotional functioning during threatening situations	Often used with other techniques No side effects Decreases nausea during and after chemotherapy Decreases perceptions of degree of vomiting

Reference:

King, C.R. (2006). Nausea and vomiting. In B.R. Ferrell & N. Coyle (Eds), *Textbook of palliative nursing* (2nd edition) (p. 188). New York, NY: Oxford University Press. Reprinted with permission.

Módulo 3

Cuadro 12: Actividades no farmacológicas para el cuidado de sí mismo relacionado con las náuseas y los vómitos

- Cuidado oral después de cada episodio de emesis.
- Aplique un paño húmedo y fresco en la frente, el cuello y las muñecas.
- Disminuya los estímulos nocivos como los olores y el dolor.
- Limite la cantidad de líquido en las comidas.
- Coma frecuentemente comidas pequeñas.
- Coma alimentos suaves, fríos o a temperatura ambiente.
- Recuéstese durante 2 horas después de comer.
- Use prendas sueltas.
- Coloque un ventilador para recibir aire fresco o abra una ventana.
- Evite los alimentos dulces, salados, grasosos y condimentados.
- Reduzca los sonidos, imágenes y olores que precipitan las náuseas y los vómitos.

Fuente:

King, C. (2006). Nausea and vomiting. In B. R. Ferrell, & N. Coyle (Eds.), *Textbook of palliative care nursing* (2nd ed., pp. 177-194). New York, NY: Oxford University Press. Reimpreso con autorización.

Referencias:

Enck, R.E. (1994). *The medical care of terminally ill patients*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.

Ladd, L.A. (1999). Nausea in palliative care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 1, 67-70.

Módulo 3

Cuadro 13: Delirio, agitación, confusión

Evalúe la causa subyacente:

D	Evalúe la causa subyacente:
E	Fármacos (especialmente psicotrópicos)
L	Anomalías en los electrolitos o la glucosa
I	Insuficiencia hepática
R	Isquemia o hipoxia
I	Insuficiencia renal
U	Impactación de heces
M	Infección del tracto urinario (u otra infección)

Fuente:

Storey, P. (1994). Symptom control in advanced cancer. *Seminars in Oncology*, 21(6), 748-753. Permission granted by Elsevier/WB Saunders via Copyright Clearance Center.

Clase de fármacos	Ejemplos	Mecanismo	Dosis/Comentarios
Neurolépticos	Haloperidol	Bloquea la captación de la dopamina, metabolizada por el hígado.	1) Es útil para la agitación grave, especialmente para el manejo de los delirios y las alucinaciones paranoides. 2) Se usan dosis significativamente más bajas que aquellas usadas en los pacientes psiquiátricos jóvenes saludables.
Fenotiazina Neurolépticos	Metotrimprazina		
Antipsicóticos atípicos	Risperidona	Bloquea la captación de dopamina selectivamente, pero con menos efectos anticolinérgicos.	Las dosis bajas son mejor toleradas por las personas mayores.
Ansiolíticos	Lorazepam Temazepam		Es útil para los ancianos, pero puede empeorar el delirio. No debe usarse en aquellos pacientes con demencia porque pueden tener una respuesta paradójica; pueden usarse alternados con neurolépticos.
Otros	Midazolam Fenobarbitol Propofol		Pueden usarse cuando fallan otros medicamentos para sedar al paciente. Tenga en cuenta las pautas institucionales para la administración (Cheng et al., 2002; Breitbart et al., 1995).

Referencias:

Breitbart, W., Bruera, E., Chochinov, H., & Lynch, M. (1995). Neuropsychiatric syndromes and psychological symptoms in patients with advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 10(2), 131-141.

Cheng, C., Roemer-Becuwe, C., & Pereira, J. (2002). When midazolam fails. *Journal of Pain and Symptom Management*, 23(3), 256-265.

Módulo 3

Cuadro 14: Evaluación de la anorexia

A	Molestias y dolores
N	Náuseas
O	Candidiasis oral
R	Depresión reactiva (u orgánica)
E	Problemas de evacuación (estreñimiento, retención)
X	Xerostomía (boca seca)
I	Iatrogénica (radiación o quimioterapia)
A	Gastritis o úlcera péptica relacionadas con la acidez

Fuente:

Storey, P. (1994). Symptom control in advanced cancer. *Seminars in Oncology*, 21(6), 748-753. Reimpreso con autorización.

Clase de fármacos	Ejemplos	Mecanismo	Dosis/Comentarios
Agentes con progesterona	Acetato de megestrol	Orexigénico, estimula el apetito, aumenta el peso.	<ul style="list-style-type: none"> • Los parámetros de las dosis varían con una dosis inicial de 160-320 mg/día. • La preparación líquida tiene una mejor relación entre el costo y el efecto. • Efectos secundarios comunes: edema periférico, diarrea, impotencia (Lipman et al., 2000).
Corticoesteroides	Dexametasona Prednisona	Estimula el apetito, mejora el estado de ánimo.	<p>4 – 8 mg/día</p> <p>5 mg tres veces al día, la dosis varía significativamente, es más barato que la dexametasona (Twycross & Guppy, 1985).</p>
Canabinoides	Dronabinol	Estimula el apetito.	<p>2.5 mg tres veces al día (Nelson et al., 1994).</p> <p>Controvertido, puede ser efectivo en algunas poblaciones (Berger, et al., 2000).</p>

Referencias:

Berger, A., Portenoy, R., & Weissman, D. (2002). *Principles and practice of palliative care and supportive oncology* (2nd ed.). New York, NY: Lippincott, Williams and Wilkins.

Lipman, A., Jackson, K., & Tyler, L. (2000). *Evidence based symptom control in palliative care*. Binghamton, NY: Pharmaceutical Products.

Nelson, K., Walsh, D., Deeter, P., & Sheehan, F. (1994). A phase II study of delta-9-tetrahydrolinol cannabinal for appetite stimulation in cancer associated with anorexia. *Journal of Palliative Care*, 10(1), 14-18.

Twycross, R., & Guppy, D. (1985). Prednisolone in terminal breast and bronchogenic cancer. *Practitioner*, 229(1399), 57-59.

Módulo 3

Cuadro 15: Síntomas comunes al final de la vida

<u>Función gastrointestinal</u> Anorexia Náuseas/vómitos Disfagia Pérdida de peso Sabor desagradable Ascitis	<u>Función intestinal</u> Estreñimiento Diarrea Pérdida del funcionamiento o control	<u>Estado de ánimo</u> Depresión Ansiedad
<u>Función de la vejiga</u> Incontinencia Cambios en la función o en el control Espasmos de la vejiga	<u>Función cognitiva</u> Insomnio Delirio/agitación/confusión Cambios en la memoria	<u>Problemas de la integridad de la piel</u> Úlcera de decúbito Mucositis Candidiasis Prurito Edema Ascitis Hemorragia/pérdida de sangre Herpes Zoster Linfedema
<u>Función respiratoria</u> Disnea Tos/congestión/estertores Hipo Patrones de respiración alterados	<u>Capacidad funcional</u> Cansancio Inmovilidad Fracturas patológicas/ Compresión de la médula espinal Debilidad	<u>Otros</u> Fiebre Diaforesis

Fuente:

Funded by the National Cancer Institute. B. R. Ferrell, Principal Investigator. (1998). HOPE: Home Care Outreach

for Palliative Care Education Project. Reimpreso con autorización.

Módulo 3

Ilustración 1: Ejercicio de visualización

Busque una posición cómoda (recostado o sentado, los brazos tienen que estar a los lados del cuerpo o relajados sobre las piernas si está sentado, las piernas no deben estar cruzadas). Permita que se abra la boca para relajar los músculos faciales. Comience con respiraciones profundas, lentas y limpiadoras. Inspire... Exhale... Inspire... Exhale... Piense en sus manos. Sienta cómo las manos se ponen más calientes, pesadas y relajadas a medida que usted inspira lenta y profundamente y exhala con lentitud. Inspire... Exhale... Adentro... Afuera... Sienta cómo el calor y la relajación fluyen desde las manos hacia los músculos de los antebrazos y los brazos, sienta cómo esos músculos se calientan, se ponen pesados y relajados a medida que usted inspira lenta y profundamente. Inspire... Exhale... Adentro... Afuera... Las manos y los brazos están calientes, pesados y relajados.

Ahora sienta cómo el calor y la relajación fluyen desde los brazos hacia los músculos de los hombros, el cuello y la cabeza, sienta cómo esos músculos se calientan, se ponen pesados y relajados a medida que usted inspira lenta y profundamente. Inspire... Exhale... Inspire el calor y la relajación, expire la tensión y el dolor, los músculos de la cabeza, el cuello y los hombros están calientes, pesados y relajados. Sienta cómo el calor y la relajación fluyen desde los músculos de los brazos, los hombros, la cabeza y el cuello hacia la parte superior de la espalda y del pecho. Sienta cómo estos músculos se ponen más calientes, pesados y relajados a medida que usted inspira lenta y profundamente y exhala con lentitud. Inspire... Exhale... Los músculos del pecho y de la parte superior de la espalda están calientes, pesados y relajados.

Ahora sienta cómo el calor y la relajación fluyen desde el pecho y la parte superior de la espalda hacia los músculos del abdomen y la cintura. Sienta cómo estos músculos se ponen más calientes, pesados y relajados a medida que usted inspira lenta y profundamente y exhala con lentitud. Inspire... Exhale... Los músculos del abdomen están calientes, pesados y relajados.

Ahora sienta el calor y la relajación que fluyen a los músculos de la pelvis y las nalgas. Sienta cómo estos músculos se ponen más calientes, pesados y relajados a medida que usted inspira lenta y profundamente y exhala con lentitud. Inspire... Exhale... Los músculos de la pelvis y de las nalgas están calientes, pesados y relajados. Ahora sienta el calor y la relajación que fluyen a los músculos de las piernas y los pies. Sienta cómo estos músculos se ponen más calientes, pesados y relajados a medida que usted inspira lenta y profundamente y exhala con lentitud. Inspire... Exhale... Los músculos de las piernas y los pies están calientes, pesados y relajados.

Sienta cómo todo el cuerpo estaba ahora completamente relajado. Usted siente el calor, está relajado y cómodo. Continúe respirando lenta y profundamente. Y, mientras se siente relajado, imagine que sus ojos son una pantalla de cine. Véase a sí mismo en ese lugar especial, donde generalmente se siente relajado y cómodo. Puede ser adentro o al aire libre, puede estar solo o con otras personas. Use todos los sentidos para ir a este lugar de paz, comodidad y relajación. Preste atención a lo que ve. Preste atención a lo que siente ¿siente calor o frío? Perciba los aromas, los olores asociados con este lugar especial. Piense en lo que oye, escuche esos sonidos ahora. Usted está en un lugar especial, sintiéndose cómodo, relajado... Quédense por unos momentos allí, disfrutando de ese momento... (deje pasar al menos un minuto y luego continúe).

A la cuenta de tres, respire profundamente y exhale lentamente y abra los ojos. Cuando abra los ojos, se sentirá alerta, relajado y cómodo. (Esta última instrucción puede modificarse para las sesiones de entrenamiento subsiguientes o para una grabación individualizada que le ofrece al paciente la opción de permanecer relajado con los ojos cerrados pero habiéndole avisado que el entrenamiento terminará).

Fuente:

Spross, J. A., & Burke, M. W. (1995). Nonpharmacological management of cancer pain. In D.B. McGuire, C. H. Yarbrow, & B. R. Ferrell. (Eds.), *Cancer pain management* (2nd ed., p. 181). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers. Reimpreso con autorización.

Módulo 3

Ilustración 2: Métodos de alivio no farmacológicos

MASAJES

Método: Masajes con las manos

Descripción:

El masaje con las manos consiste en hacer caricias o frotar la piel para el alivio del dolor o lograr la relajación.

Cómo ayudan los masajes con las manos:

Los masajes pueden usarse para disminuir el dolor porque alivian la piel y relajan los músculos tensos.

Consideraciones especiales/precauciones:

- No haga masajes en las zonas en las que se está aplicando radioterapia, ya que la piel está muy delicada.
- No haga masajes en la piel abierta de una herida, llaga o alguna lesión que esté cicatrizando.
- No haga masajes en las zonas que están demasiado sensibles al tacto o si los masajes aumentan el dolor.
- No se deben usar los masajes directamente sobre la zona de un tumor o donde haya metástasis al hueso.

Equipo:

1. Aceite o polvo para masajes.
2. Una toalla o cobija grande.

Instrucciones:

1. Las zonas más comunes para los masajes son la espalda y los hombros, pero si estos sitios son demasiado incómodos, pueden frotarse las manos o los pies y ser igualmente relajante. Elija la zona más conveniente para el paciente para los masajes.
2. Quite la ropa de la zona en la que se harán los masajes.
3. Tanto el paciente como la persona que da los masajes deben estar en posiciones cómodas.
4. Por razones de conservación del calor y privacidad, cubra las partes del cuerpo en las que no se realizan masajes.
5. Use talco o loción, lo que el paciente prefiera, para poder deslizar las manos. La fricción causada por frotar la piel sin una loción puede producir más irritación y molestias. Si se usa una loción, caliéntela primero en el microondas durante algunos segundos o sumerja la botella en un recipiente con agua tibia. Pruebe primero la loción antes de colocarla sobre la piel.
6. Elija un momento que sea adecuado para el paciente. El paciente debería recibir los masajes antes de que el dolor se agrave. Cuando el paciente esté cansado o comience a ponerse ansioso, es una buena señal. Dedique un momento cada día para que el paciente reciba masajes.

7. La duración de los masajes dependerá de cada persona. Es posible que algunos minutos basten para obtener resultados.
 8. Use movimientos firmes y largos en la zona que se está masajeando. Si los masajes se hacen en las manos o los pies, frote cada dedo separadamente.
 9. ¿Qué le agrada más al paciente? ¿Son más relajantes los movimientos suaves? ¿Los movimientos más firmes? Es importante que el paciente le diga a la persona que le está haciendo masajes qué es lo que más le agrada.
 10. El masaje es un momento de relajación. Sólo debe concentrarse en sentir los masajes que le hace al paciente y evitar hablar y hacer otros ruidos.
 11. Para ayudar al paciente a relajarse, puede ser conveniente escuchar la música favorita del paciente mientras recibe el masaje.
 12. Recuerde registrar los masajes y su efectividad en la Diario del cuidado de sí mismo.
 13. Los masajes realizados con las manos no tienen la finalidad de reemplazar los medicamentos para el dolor, están pensados para utilizarse junto con los medicamentos para el dolor con el fin de lograr un mejor alivio del dolor.
-

Método: Vibración

Descripción:

La vibración es una forma de masaje eléctrico que alivia la piel y los músculos.

Cómo funciona la vibración:

- La vibración puede aliviar distintos problemas relacionados con el dolor debido a que causa un adormecimiento en la zona dolorosa.
- La vibración también puede relajar los músculos tensos, y de este modo reducirse el dolor.

Consideraciones especiales/precauciones:

- No haga masajes en las zonas en las que se está aplicando radioterapia ya que la piel está muy delicada.
- No haga masajes en la piel abierta de una herida, llaga o alguna lesión que esté cicatrizando.
- No haga masajes en las zonas que están demasiado sensibles al tacto o si los masajes aumentan el dolor.
- Por favor, siga las instrucciones del fabricante para usar el masajeador eléctrico para evitar el choque eléctrico.
- No use ni recargue el masajeador eléctrico en una habitación donde se esté usando oxígeno.
- No se deben usar los masajes directamente sobre la zona de un tumor o donde haya metástasis al hueso.

Equipo:

- Masajeador eléctrico.

Instrucciones:

1. Elija la zona del cuerpo que usted considere más adecuada para usar el masajeador. Si la zona está demasiado dolorosa como para usar el masajeador, colóquelo por encima o debajo de la zona dolorosa. También puede usar la vibración en el lado opuesto del cuerpo. Por ejemplo, si la cadera derecha duele demasiado como para recibir el toque, puede aplicar la vibración en la cadera izquierda.
2. Los masajes en la zona reflexógena cercana a la zona dolorosa pueden ayudar a relajar los músculos. Las zonas reflexógenas son zonas hipersensibles y dolorosas de los nervios, tendones o músculos. Las zonas reflexógenas más comunes se encuentran en el cuello, los hombros y la espalda.
3. Es mejor si se quita la ropa de la zona en la que se va a realizar el masaje con vibración.
4. Tanto el paciente como la persona que le ayuda con el uso del masajeador deben estar en posiciones cómodas.
5. Por razones de conservación del calor y privacidad, cubra las partes del cuerpo en las que no se realizan masajes.
6. Elija un momento que sea adecuado para el paciente. El paciente debería recibir los masajes antes de que el dolor se agrave, cuando el paciente está cansado o comienza a ponerse ansioso. Dedique un momento cada día para que el paciente reciba masajes.
7. Cuando se usa un masajeador, es mejor colocarlo directamente en la zona dolorosa. La duración de los masajes varía, pero cuánto más largo sea el período de vibración, más prolongado será el alivio del dolor. En general, unos 25 a 45 minutos dos veces al día brindarán varias horas de alivio del dolor. El uso intermitente (encendido y apagado) puede ser el más efectivo, se aplica la vibración durante algunos segundos y luego se quita.
8. Éste es un momento de relajación, el paciente no tiene que hablar. Sólo concéntrese en cómo el paciente siente los masajes.
9. Recuerde registrar los masajes y su efectividad en el Diario del cuidado de sí mismo.
10. Los masajes de vibración no reemplazan los medicamentos para el dolor, están pensados para utilizarse junto con los medicamentos para el dolor con el fin de lograr un mejor alivio del dolor.

DISTRACCIÓN

Descripción:

La distracción es un modo de usar los sentidos (oído, vista, tacto y movimiento) para concentrar la atención en otra cosa que no sea el dolor. Los métodos de distracción constan del uso de la música y del humor. Estos métodos son útiles, porque cuando se usa la distracción, el dolor es más tolerable y el ánimo del paciente es mejor porque no se está concentrado en el dolor. El paciente tiene control sobre la sensación de dolor.

Método: Música

Equipo:

1. Reproductor de audio con auriculares.
2. Grabaciones con la música favorita (country, clásica, viejos éxitos, etc.).
3. Estéreo.
4. Discos, cassettes o CD.
5. Radio.

Instrucciones:

1. Averigüe qué tipo de música le gusta más al paciente.
 2. Busque una habitación confortable y una postura cómoda.
 3. Si fuera posible, use la distracción cuando el dolor comienza, antes de que se agrave. Dígale al paciente que tome el medicamento para el dolor y que escuche la música mientras que el medicamento comienza a hacer efecto.
 4. Pídale al paciente que cante con la música o que siga el ritmo con los dedos o los pies.
 5. Cuantos más sentidos se usen, tacto, oído, más se concentrará el paciente en lo que está haciendo y podrá alejar sus pensamientos del dolor.
 6. Insistimos, esto no significa que el dolor no sea grave o real. Pero los estudios han demostrado que las técnicas de distracción son poderosas aún para hacer que el dolor grave sea más soportable.
 7. Intente usar este método de distracción varias veces al día para obtener mejores resultados. Si fuera posible, coloque un cartel en la puerta que diga "NO MOLESTAR" para que el paciente pueda prestar atención solamente a la música.
 8. Recuerde registrar el ejercicio de distracción y su efectividad en el Diario del cuidado de sí mismo.
 9. La distracción no reemplaza los medicamentos para el dolor, está pensada para utilizarse junto con los medicamentos para el dolor con el fin de lograr un mejor alivio del dolor.
-

Método: Humor

Equipo:

1. Reproductor de audio con auriculares.
2. Grabaciones de comedias.
3. Reproductor de vídeo.
4. Televisión (TV).

5. Radio.

Instrucciones:

1. Averigüe qué tipo de comedias le gustan más al paciente. ¿Es un programa de televisión favorito? ¿Una película graciosa? ¿Un libro favorito?
2. Busque una habitación confortable y una postura cómoda.
3. Si fuera posible, use la distracción cuando el dolor comienza, antes de que se agrave. Dígale al paciente que tome el medicamento para el dolor y que escuche o mire la grabación mientras el medicamento comienza a hacer efecto.
4. Trate de que no haya interrupciones mientras el paciente escucha o mira su comedia favorita.
5. Cuantos más sentidos se usen, tacto, oído, más se concentrará el paciente en lo que está haciendo y podrá alejar sus pensamientos del dolor.
6. Insistimos, esto no significa que el dolor no sea grave o real. Pero los estudios han demostrado que las técnicas de distracción son poderosas aún para hacer que el dolor grave sea más soportable.
7. Intente usar este método de distracción varias veces al día.
8. Recuerde registrar el ejercicio de distracción y su efectividad en el Diario del cuidado de sí mismo.
9. La distracción no reemplaza los medicamentos para el dolor, está pensada para utilizarse junto con los medicamentos para el dolor con el fin de lograr un mejor alivio del dolor.

RELAJACIÓN

Descripción:

La relajación es descansar para lograr una reducción de la tensión. La relajación se utiliza para ayudar a reducir el estrés que puede causar la tensión muscular, que a su vez, puede aumentar el dolor. Es posible que la relajación en sí misma no disminuya el dolor, pero ayudará a aliviar la tensión muscular que puede estar agravando el dolor y ayudará al paciente a enfrentar todo lo que está sucediendo. Los métodos de relajación usan la visualización, los ejercicios de respiración y las grabaciones con música o sonidos de la naturaleza.

Método: Visualización

Consideraciones especiales/precauciones:

- La visualización es usar la imaginación para ayudar a disminuir el dolor. La visualización es un modo de “imaginar” un pensamiento o imagen que distraerá al paciente del dolor.
- No use las técnicas de respiración profunda/visualización si el paciente tiene dificultades para respirar u otros problemas médicos en los pulmones.

Equipo:

- Una habitación cómoda y con intimidad.

Instrucciones:

1. Busque una habitación tranquila en la que el paciente pueda ponerse en una posición cómoda para relajarse. Pídale al paciente que cierre los ojos.
2. Pídale al paciente que no cruce los brazos o las piernas ya que puede interrumpir la circulación y tener adormecimiento y hormiguelo.
3. Inspire profundamente. Exhale lentamente como si estuviera silbando. Hágalo tres veces. Esto ayudará a que el paciente se relaje.
4. Pídale al paciente que imagine algo que sea pacífico o un lugar que le haya gustado visitar.
5. Piense en una imagen que sea placentera para el paciente y que simbolice cómo el paciente se imagina el alivio del dolor. Por ejemplo, si el paciente piensa que el dolor es una gran roca que está sobre una parte de su cuerpo y le aplasta y causa dolor, quizás pueda imaginar globos grandes llenos de helio atados a la piedra que se la llevan flotando y así le liberan del dolor. Quizás, el paciente piense que el dolor es una tormenta, con rayos y truenos, y que llueve en su cuerpo. El paciente puede imaginar cómo el medicamento para el dolor es una brisa suave que quita la lluvia y las nubes de la tormenta. Y en vez de rayos y truenos, hay sol y tibieza. El aire huele limpio y fresco, la lluvia ha regado las hermosas flores y el pasto está verde y exuberante. Hay cisnes y patos en una laguna. Sólo las ondas producidas por los patos al nadar mueven el agua tranquila.
6. Use los ejercicios de visualización al menos 20 minutos al día. Es mejor si se hacen antes de que el dolor se agrave o mientras se espera que comience a surtir efecto el medicamento para el dolor.
7. Recuerde registrar el uso de las técnicas de relajación/visualización y su efectividad en el Diario del cuidado de sí mismo.

8. Las técnicas de visualización no tienen la finalidad de reemplazar los medicamentos para el dolor, están pensadas para utilizarse junto con los medicamentos para el dolor con el fin de lograr un mejor alivio del dolor.
-

Método: Ejercicios de respiración

Consideraciones especiales/precauciones:

- No use los ejercicios de respiración profunda si el paciente tiene dificultades para respirar u otros problemas médicos en los pulmones.

Equipo:

1. Reproductor de audio con auriculares.
2. Grabaciones de relajación.
3. Una habitación que sea cómoda y privada.

Instrucciones:

1. Busque una habitación tranquila en la que el paciente pueda ponerse en una posición cómoda para relajarse. Pídale al paciente que cierre los ojos.
2. Pídale al paciente que no cruce los brazos o las piernas ya que puede interrumpir la circulación y tener adormecimiento y hormigueo.
3. Inspire profundamente. Exhale lentamente como si estuviera silbando. Hágalo tres veces. Esto ayudará a que el paciente se relaje.
4. Pídale al paciente que piense en un lugar calmo y lleno de paz, o quizás un lugar que haya visitado y que le haya gustado mucho para que le ayude a relajarse.
5. Pídale al paciente que imagine que su cuerpo es muy liviano, que flota sin peso, muy flojo o tibio y muy cómodo. Use cualquier imagen mental que ayude al paciente a relajarse y luego comience los ejercicios de respiración.
6. Inspire profundamente. Al mismo tiempo, pídale al paciente que tensione algunos músculos o grupos de músculos que elija. Por ejemplo, cerrar un puño, apretar las mandíbulas, cerrar los ojos fuertemente, o tensionar los brazos y las piernas lo más posible.
7. Pídale al paciente que contenga la respiración y que mantenga esos músculos tensos durante uno o dos segundos.
8. Luego deberá relajar esos músculos. Luego exhalar y relajar el cuerpo.
9. Ahora comience con los músculos de la parte inferior de las piernas, concentrándose en una pierna a la vez, y alternando la contracción y la relajación y trabaje distintos grupos de músculos hasta llegar a la cabeza.
10. Si el paciente desea un ejercicio de relajación más breve, puede combinar los grupos de músculos. Por ejemplo, piense en tensionar y relajar los músculos de ambas piernas juntas en lugar de hacerlo por separado.
11. Hay grabaciones disponibles que le hablarán al paciente en una serie de ejercicios de respiración para ayudarlo a relajarse. Si se elige este método, intente concentrarse en la persona que habla y lo que dice.

12. Haga los ejercicios de relajación al menos 20 minutos al día. Es mejor si se hacen antes de que el dolor se agrave o mientras espera que comience a surtir efecto el medicamento para el dolor.
13. Recuerde registrar los ejercicios de respiración y su efectividad en el Diario del cuidado de sí mismo.
14. Los ejercicios de respiración no tienen la finalidad de reemplazar los medicamentos para el dolor, están pensados para utilizarse junto con los medicamentos para el dolor con el fin de lograr un mejor alivio del dolor.

Método: Grabaciones (música/sonidos)

Consideraciones especiales/precauciones:

- No las use si los sonidos de la cinta de relajación aumentan la ansiedad. Por ejemplo, las grabaciones con sonidos del océano no serán relajantes para una persona que le teme al agua.

Equipo:

1. Reproductor de audio con auriculares.
2. Grabaciones de relajación.
3. Una habitación que sea cómoda y privada.

Instrucciones:

1. Busque una habitación tranquila en la que el paciente pueda ponerse en una posición cómoda para relajarse. Pídale al paciente que cierre los ojos.
2. Pídale al paciente que no cruce los brazos o las piernas ya que puede interrumpir la circulación y puede producirse adormecimiento y hormigueo.
3. Inspire profundamente. Exhale lentamente como si estuviera silbando. Haga esto tres veces para ayudar a lograr la relajación.
4. Piense en un lugar calmo y lleno de paz o quizás en un lugar que haya visitado y le haya agradado para que le ayude a la relajación.
5. Pídale al paciente que piense solamente en lo que está escuchando en la grabación. Si fuera posible, conviene usar audífonos para mejorar la concentración.
6. Intente usar este método de relajación al menos 20 minutos al día. Es mejor si se hacen estos ejercicios antes de que el dolor se agrave o mientras espera que comience a surtir efecto el medicamento para el dolor.
7. Recuerde registrar el ejercicio de relajación y su efectividad en el Diario del cuidado de sí mismo.
8. La música/sonidos no tienen la finalidad de reemplazar los medicamentos para el dolor, están pensados para utilizarse junto con los medicamentos para el dolor con el fin de lograr un mejor alivio del dolor.

FRÍO

Descripción:

Se puede obtener un alivio del dolor si se aplica frío en la zona dolorosa. Cuando se aplica frío en la piel, se disminuyen las sensaciones de la piel y se adormecen las terminaciones nerviosas. El frío también puede reducir los espasmos musculares, la inflamación y ayuda a detener el deseo de rascar las zonas con comezón.

Método: Bolsa de hielo

Consideraciones especiales/precauciones:

- No coloque una bolsa de hielo en:
 - La piel que está siendo tratada con radioterapia.
 - Las lesiones graves.
 - Una herida que está cicatrizando.
 - Las zonas con poca circulación.
- No use frío si el dolor aumenta.

Equipo:

1. Bolsa de hielo (cualquiera de los siguientes artículos pueden usarse como una bolsa de hielo):
 - Bolsa de hielo comercial.
 - Bolsa de plástico pequeña que pueda cerrarse y no tenga pérdidas y rellena con hielo.
2. Hielo.
3. Las otras fuentes de frío que puede usar son:
 - Una bolsa de granos de maíz congelados.
 - Una bolsa de arvejas congeladas.
4. Una toalla o funda de almohada.
5. Crema o geles de aplicación tópica con mentol.

Instrucciones:

1. Llene la bolsa de hielo con hielo. Cuanto más pequeños sean los cubos, mejor. El hielo aplastado o granizado se amoldará mejor al lugar que los cubos grandes. Quite todo el aire de la bolsa.
2. Si usa bolsas de verduras congeladas, golpee una o dos veces la bolsa contra la encimera para romper los vegetales congelados para que la bolsa se amolde mejor a la piel. Coloque la bolsa de plástico directamente sobre la piel.
3. Si usa una bolsa de plástico pequeña, verifique que no tenga pérdidas. Coloque un poco de agua en la bolsa primero para comprobar que no haya agujeros. Coloque el hielo dentro de la bolsa. Siga las mismas instrucciones que en el paso N° 1.
4. Envuelva la bolsa de hielo en una funda de almohada o una toalla. Si desea más frío, use una toalla mojada, si desea menos frío, use una toalla seca.
5. Verifique que la parte superior de la bolsa de hielo esté bien cerrada y que no haya pérdidas. Coloque la bolsa al revés para comprobar que la parte superior esté bien sellada.
6. Coloque la bolsa de hielo en la zona que tiene dolor. Si tiene demasiado dolor como para colocar la bolsa de hielo directamente en esa zona, puede colocarla por encima o debajo de la

zona adolorida o en el otro lado del cuerpo que corresponda al lugar donde está ubicado el dolor. Por ejemplo, si le duele la cadera derecha pero siente demasiado dolor como para colocar la bolsa de hielo en ese lugar, puede colocarla sobre la cadera izquierda.

7. Pídale al paciente que se coloque en una posición cómoda.
 8. Deje la bolsa de hielo colocada durante unos 10-15 minutos tres o cuatro veces al día. Cuanto más tiempo la deje (hasta 1 hora) más prolongado será el alivio.
 9. Puede alternar el frío con el calor. Puede intentar usar calor/frío varias veces para encontrar el lugar o la temperatura correctos que le den el alivio mayor.
 10. Puede aplicar productos con mentol en la zona dolorida cuando usa el frío pero no con el calor, ya que pueden ocurrir quemaduras. Lávese muy bien las manos después de usar cualquier producto con mentol y evite el contacto con los ojos. Pruebe una cantidad pequeña del producto con mentol en la parte interior del brazo. Si al cabo de algunos minutos no aparece enrojecimiento o irritación, puede usar el producto.
 11. Puede congelar la bolsa de verduras para volverla a usar. (No cocine las verduras si han sido utilizadas como bolsa de hielo).
 12. Recuerde registrar el método de frío y su efectividad en el Diario del cuidado de sí mismo.
 13. Las bolsas de hielo no tienen la finalidad de reemplazar los medicamentos para el dolor, están pensadas para utilizarse junto con los medicamentos para el dolor con el fin de lograr un mejor alivio del dolor.
-

Método: Paños fríos

Consideraciones especiales/precauciones:

- No aplique los paños fríos en:
 - La piel que está siendo tratada con radioterapia.
 - Las lesiones graves.
 - Una herida que está cicatrizando.
 - Las zonas con poca circulación.
- No use frío si el dolor aumenta.

Equipo:

1. Toallas (de mano o toallitas, una para el hielo y otra para secar).
2. Hielo.
3. Una toalla o funda de almohada.
4. Tazón.
5. Crema o geles de aplicación tópica con mentol.

Instrucciones:

1. Llene el tazón con aproximadamente 2 pulgadas de agua.
2. Agregue hielo al agua.
3. Empape la toalla en el agua helada hasta que esté completamente mojada.
4. Pídale al paciente que se coloque en una posición cómoda.
5. Retuerza la toalla y colóquela directamente en la zona con dolor.
6. Cuando la toalla se entibie, quitarla y volverla a mojar en el agua helada.

7. Continúe aplicando toallas frías hasta que se logre el alivio.
8. Si hay demasiado dolor como para colocar el paño frío directamente en esa zona, puede colocarlo por encima o debajo de la zona con dolor o en la otra parte del cuerpo que corresponda al lugar donde está ubicado el dolor. Por ejemplo, si le duele la cadera derecha pero siente demasiado dolor como para colocar el paño frío en ese lugar, puede colocarla sobre la cadera izquierda.
9. Continúe cambiando las toallas durante 10-15 minutos. Este tratamiento puede usarse tres o cuatro veces al día.
10. Puede alternar el frío con el calor. Puede intentar usar calor/frío varias veces para encontrar el lugar o la temperatura correctos que le den el alivio mayor.
11. Puede aplicar productos con mentol en la zona dolorida cuando use el frío pero no con el calor, ya que pueden ocurrir quemaduras. Lávese muy bien las manos después de usar cualquier producto con mentol y evite el contacto con los ojos. Pruebe una cantidad pequeña del producto con mentol en la parte interior del brazo. Si al cabo de algunos minutos no aparece enrojecimiento o irritación, puede usar el producto.
12. Recuerde registrar el método de frío y su efectividad en el Diario del cuidado de sí mismo.
13. Los paños fríos no tienen la finalidad de reemplazar los medicamentos para el dolor, están pensados para utilizarse junto con los medicamentos para el dolor con el fin de lograr un mejor alivio del dolor.

Método: Compresas de gel congelado

Consideraciones especiales/precauciones:

- No coloque las compresas de gel congelado en:
 - La piel que está siendo tratada con radioterapia.
 - Las lesiones graves.
 - Una herida que está cicatrizando.
 - Las zonas con poca circulación.
- No use frío si el dolor aumenta.

Equipo:

1. Compresa de gel.
O
2. Compresa casera:
 - Agregue 1/3 de taza de alcohol para hacer fricciones a 2/3 de taza de agua en la bolsa plástica con cierre hermético. Coloque la bolsa de plástico con la mezcla en el congelador hasta que la mezcla esté un poco consistente.
3. Una toalla o funda de almohada.
4. Un paño elástico de seis pulgadas.
5. Crema o geles de aplicación tópica con mentol.

Instrucciones:

1. Quite la compresa de gel del congelador.
2. Envuelva la compresa en una funda de almohada o una toalla. Si la compresa de gel está envuelta en su propio paño elástico, esto será suficiente.
3. Si usa una compresa de gel casera, verifique que la bolsa de plástico no tenga pérdidas. Cubra la bolsa de plástico con una toalla o funda de almohada. Coloque la compresa de gel en la zona que tiene dolor.
4. Pídale al paciente que se coloque en una posición cómoda.

5. Coloque la compresa de gel en la zona que tiene dolor.
6. Coloque la compresa de gel envolviendo la zona donde se desea el alivio. El paño elástico que envuelve a la compresa de gel puede asegurarse con una cinta adhesiva sobre el paño. Si usted está usando una compresa de gel casera, use un paño elástico de seis pulgadas para sostener la compresa en su lugar.
7. Si tiene demasiado dolor como para colocar la compresa de gel directamente en esa zona, puede colocarla por encima o debajo de la zona adolorida o en el otro lado del cuerpo que corresponda al lugar donde está ubicado el dolor. Por ejemplo, si le duele la cadera derecha pero siente demasiado dolor como para colocar la compresa de gel en ese lugar, puede colocarla sobre la cadera izquierda.
8. Deje la compresa de gel colocada durante unos 10-15 minutos, tres o cuatro veces al día. Cuanto más tiempo la deje (hasta 1 hora) más prolongado será el alivio.
9. Puede alternar el frío con el calor. Intente usar calor/frío varias veces para encontrar el lugar o la temperatura correctos que le dé el alivio mayor.
10. Puede aplicar productos con mentol en la zona dolorida cuando usa el frío pero no con el calor, ya que pueden ocurrir quemaduras. Lávese muy bien las manos después de usar cualquier producto con mentol y evite el contacto con los ojos. Pruebe una cantidad pequeña del producto con mentol en la parte interior del brazo. Si al cabo de algunos minutos no aparece enrojecimiento o irritación, puede usar el producto.
11. Vuelva a colocar la compresa de gel en el congelador.
12. Recuerde registrar el método de frío y su efectividad en el Diario del cuidado de sí mismo.
13. Las compresas de gel no tienen la finalidad de reemplazar los medicamentos para el dolor, están pensadas para utilizarse junto con los medicamentos para el dolor con el fin de lograr un mejor alivio del dolor.

Método: Masajes con hielo

Consideraciones especiales/precauciones:

- No realice masajes con hielo en:
 - La piel que está siendo tratada con radioterapia.
 - Las lesiones graves.
 - Una herida que está cicatrizando.
 - Las zonas con poca circulación.
- No use frío si el dolor aumenta.

Equipo:

1. Hielo.
2. Toalla/toalla de baño y toallitas.
3. Bolsa de plástico o bolsa para basura.

Instrucciones:

1. Llene con agua un vaso de papel hasta la mitad. Coloque el vaso en el congelador hasta que el agua esté sólida.
2. Quite una parte del papel del vaso para que el hielo quede expuesto.
3. Coloque el vaso de hielo debajo del agua fría para quitar las superficies ásperas de hielo.
4. Quite la ropa que cubre la zona con dolor.

5. Coloque una bolsa de plástico cubierta con una toalla de baño debajo de la zona en la que se realizarán los masajes. De este modo se absorberá el agua que pudiera caer y ayudará a secar la piel a medida que el hielo se derrita.
6. Pídale al paciente que se coloque en una posición cómoda.
7. Envuelva la tasa de papel con una toallita para evitar que la mano reciba el frío.
8. Frote el hielo sobre la zona con dolor con movimientos circulares. Seque la piel con una toalla a medida que el hielo se derrita.
9. Haga masajes en la zona durante cuatro minutos. La piel estará enrojecida. Esto es normal. Repita los masajes con el hielo tres o cuatro veces al día. Puede alternar el frío con el calor. Intente usar calor/frío varias veces para encontrar el lugar o la temperatura correctos que le den el alivio mayor.
10. Verifique que haya una provisión suficiente de tasas de papel con hielo en el congelador para que estén disponibles cuando las necesite.
11. Recuerde registrar los masajes fríos/con hielo y su efectividad en el Diario del cuidado de sí mismo.
12. Los masajes con hielo no tienen la finalidad de reemplazar los medicamentos para el dolor, están pensados para utilizarse junto con los medicamentos para el dolor con el fin de lograr un mejor alivio del dolor.

CALOR

Descripción:

El calor es la aplicación de algo tibio sobre la piel para aliviar el dolor. El calor puede aliviar el dolor al mejorar la circulación en los músculos, lo que disminuye los espasmos y reduce la inflamación y el dolor. El calor también disminuye la sensibilidad al dolor, alivia la rigidez de las articulaciones y aumenta el flujo de sangre a la piel. El calor también ayuda a relajar.

Método: Almohadilla de calor

Consideraciones especiales/precauciones:

- El calor puede quemar si no se usa apropiadamente. Por favor, lea las instrucciones del fabricante antes de usar una almohadilla de calor. Por favor, observe todas las precauciones para evitar el choque eléctrico.
- No aplique calor en:
 - La piel que está siendo tratada con radioterapia.
 - Las zonas donde haya sangrado.
 - Las zonas con disminución de la sensibilidad
 - Toda lesión dentro de las primeras 24 horas.
- No use en la misma zona la almohadilla junto con cremas o geles que contengan mentol.
- No la use si se está usando oxígeno.

Equipo:

1. Almohadilla de calor.
2. Funda del fabricante para la almohadilla de calor.

Instrucciones:

1. Conecte la almohadilla de calor y coloque el control de temperatura en mínimo. Eleve la temperatura si es necesario.
2. Cuando la almohadilla de calor esté tibia, colóquela en la zona donde usted desea aliviar el dolor.
3. Si la zona le duele demasiado como para tener la almohadilla de calor directamente allí, colóquela en el otro lado del cuerpo que corresponda a la zona con dolor. Por ejemplo, si le duele la cadera derecha pero siente demasiado dolor como para colocar la almohadilla de calor en ese lugar, puede colocarla sobre la cadera izquierda.
4. Verifique que la almohadilla tenga una funda para evitar que se queme la piel.
5. No se quede dormido encima de la almohadilla de calor. El calor aumenta con la presión, y pueden producirse quemaduras.
6. Tenga la almohadilla de calor el mayor tiempo posible hasta obtener el alivio, generalmente unos 20-30 minutos.
7. Alterne el frío y el calor (por favor, consulte los materiales de instrucciones sobre el frío) para mejorar la comodidad. Intente usar calor/frío varias veces para encontrar el lugar o la temperatura correctos que le den el alivio mayor.
8. Si la almohadilla de calor está demasiado caliente, disminuya la temperatura. Ajuste la temperatura de la almohadilla de calor para que sea cómoda.
9. Use la almohadilla de calor con la frecuencia que necesite para lograr el alivio. Intente usar la almohadilla de calor antes de que el dolor se agrave.
10. Recuerde registrar el método del calor y su efectividad en el Diario del cuidado de sí mismo.
11. La almohadilla de calor no reemplaza los medicamentos para el dolor, está pensada para utilizarse junto con los medicamentos para el dolor con el fin de lograr un mejor alivio del dolor.

Método: Baños calientes

Consideraciones especiales/precauciones:

- Use el calor con precaución cuando la sensibilidad de la zona esté disminuida o haya alguna otra irritación en la piel.
- No tome un baño caliente si:
 - La zona con dolor está recibiendo radioterapia.
 - La zona con dolor está sangrando.
 - La zona con dolor tiene una lesión.

Equipo:

1. Tina de baño.
2. Termómetro para piscinas o balnearios.
3. Toallas.

Instrucciones:

1. Llene la tina de baño con una cantidad de agua suficiente como para cubrir la zona con dolor.
2. Antes de entrar a la tina, mida la temperatura del agua con el termómetro.
3. La temperatura del agua tendría que estar entre 98 y 102 grados Fahrenheit (36.6 – 38.8 grados Celsius).
4. Permanezca sentado en la tina de agua caliente todo el tiempo que le resulte cómodo.
5. Agregue más agua caliente a medida que el agua se enfríe. Cuando agregue agua caliente, verifique la temperatura del agua.
6. Repita los baños en la tina con la frecuencia que necesite para tener alivio. Intente darse los baños en la tina antes de que el dolor se agrave.
7. Si el dolor empeora, o si tiene temblores o la piel se irrita, interrumpa los baños en la tina.
8. Recuerde registrar el método del calor y su efectividad en el Diario del cuidado de sí mismo.
9. Los baños calientes no tienen la finalidad de reemplazar los medicamentos para el dolor, están pensados para utilizarse junto con los medicamentos para el dolor con el fin de lograr un mejor alivio del dolor.

Método: Bolsa de agua caliente

Consideraciones especiales/precauciones:

- Use el calor con precaución cuando la sensibilidad de la zona esté disminuida o haya alguna otra irritación en la piel.
- No use la bolsa de agua caliente si:
 - La zona con dolor está recibiendo radioterapia.
 - La zona con dolor está sangrando
 - La zona con dolor tiene una lesión.

Equipo:

1. Bolsa de agua caliente.
2. Toalla.
3. Termómetro para piscinas o balnearios.

Instrucciones:

1. Llene la bolsa de agua caliente con agua caliente del grifo. No coloque agua hirviendo en la bolsa de agua caliente.
2. Use el termómetro para piscinas y balnearios para tomar la temperatura del agua cuando sale del grifo y entra en la bolsa de agua caliente.
3. La temperatura del agua debería ser de 104 – 113 grados Fahrenheit (40 – 45 grados Celsius).
4. Quite todo el aire de la bolsa de agua caliente y ciérrela muy bien. Verifique que la bolsa de agua caliente esté cerrada colocando la bolsa de agua caliente hacia abajo.
5. Coloque la bolsa de agua caliente en una toalla o funda de almohada.
6. Coloque la bolsa de agua caliente en la zona donde desea recibir el alivio. Si es demasiado doloroso colocar la bolsa de agua caliente directamente en la zona con dolor, colóquela por encima o debajo de dicho sitio. También puede colocarse en el otro lado del cuerpo que corresponda a la zona con dolor. Por ejemplo, si le duele la cadera derecha pero siente demasiado dolor como para colocar la bolsa de agua caliente en ese lugar, puede colocarla sobre la cadera izquierda.
7. No se quede dormido encima de la bolsa de agua caliente. El calor aumenta con la presión, y pueden producirse quemaduras.
8. Tenga la bolsa de agua caliente el mayor tiempo posible hasta obtener el alivio, generalmente unos 20-30 minutos. Vuelva a llenar la bolsa con agua caliente si ya no está tibia. Vuelva a controlar la temperatura.
9. Alterne el uso de la bolsa de agua caliente y del frío (por favor consulte los materiales de instrucciones sobre el frío) para mejorar la comodidad. Intente usar calor/frío varias veces para encontrar el lugar o la temperatura correctos que le den el alivio mayor.
10. Recuerde registrar el método del calor y su efectividad en el Diario del cuidado de sí mismo.
11. Las bolsas de agua caliente no tienen la finalidad de reemplazar los medicamentos para el dolor, están pensadas para utilizarse junto con los medicamentos para el dolor con el fin de lograr un mejor alivio del dolor.

Método: Calor húmedo**Consideraciones especiales/precauciones:**

- La humedad y el calor pueden proporcionar un medio para hacer llegar el calor debajo de la piel.
- Use el calor con precaución cuando la sensibilidad de la zona esté disminuida o haya alguna otra irritación en la piel.
- No aplique calor en:
 - La piel que está siendo tratada con radioterapia.
 - Las zonas donde haya sangrado.
 - Una zona dolorosa que haya sido lesionada.
- No lo use si se está usando oxígeno.

Equipo:

1. Almohadilla de calor específica para aplicar calor.
2. Cobertura de goma espuma del fabricante.
3. Cubierta protectora del fabricante para la almohadilla de calor.

Instrucciones:

1. Conecte la almohadilla de calor y coloque el control de temperatura en mínimo. Eleve la temperatura si es necesario.
 2. Cuando la almohadilla de calor este tibia, colóquela en la zona con dolor.
 3. Si la zona le duele demasiado como para tener la almohadilla de calor/calor húmedo directamente allí, colóquela en el otro lado del cuerpo que corresponda a la zona con dolor. Por ejemplo, si le duele la cadera derecha pero siente demasiado dolor como para colocar la almohadilla de calor/calor húmedo en ese lugar, puede colocarla sobre la cadera izquierda.
 4. Tenga la almohadilla de calor/calor húmedo el mayor tiempo posible hasta obtener el alivio, generalmente a los 20-30 minutos.
 5. Alterne el frío y el calor (por favor consulte los materiales de instrucciones sobre el frío) para mejorar la comodidad. Intente usar calor/frío varias veces para encontrar el lugar o la temperatura correctos que le den el alivio mayor.
 6. Si la almohadilla de calor está demasiado caliente, disminuya la temperatura. Ajuste la temperatura de la almohadilla de calor para que sea cómoda.
 7. Puede usar la almohadilla de calor/calor húmedo tres o cuatro veces al día. Intente usar la almohadilla de calor/calor húmedo antes de que el dolor se agrave.
 8. Recuerde registrar el método del calor y su efectividad en el Diario del cuidado de sí mismo.
 9. La almohadilla de calor/calor húmedo no tienen la finalidad de reemplazar los medicamentos para el dolor, están pensados para utilizarse junto con los medicamentos para el dolor con el fin de lograr un mejor alivio del dolor.
-

Método: Venda caliente**Consideraciones especiales/precauciones:**

- Por favor, siga todas las instrucciones de uso del fabricante. Para evitar las quemaduras de la piel cuando se calienta la venda caliente, no la deje en el microondas o en el agua hirviendo demasiado tiempo. Para evitar quemaduras, use solamente la venda que viene en la compresa de vendas calientes.
- No use la venda caliente si:
 - La zona con dolor está recibiendo radioterapia.
 - Todavía no han transcurrido 24 horas desde la lesión en dicha zona.
 - La zona con dolor tienen menos sensibilidad.
 - La zona con dolor tiene heridas o llagas abiertas.

Equipo:

1. Venda caliente.
2. Microondas o agua hirviendo.

Instrucciones:

1. La venda caliente puede calentarse en un microondas o en agua hirviendo.
 - Instrucciones para el microondas: Desenrolle la venda caliente y colóquela estirada dentro del microondas. Caliente en la potencia máxima durante 60 segundos. Nota: La compresa continuará calentándose levemente. Pruébela antes de usar. Si está demasiado caliente, déjela a un lado hasta que se enfríe. Si es necesario calentar más la compresa caliente, hágalo con intervalos de cinco segundos.

- Instrucciones para el agua caliente: Coloque tres cuartos de agua a hervir en un recipiente. Quite la compresa caliente de la venda. Quite el recipiente del calor y coloque la compresa caliente en el agua durante no más de siete minutos. Quite la compresa caliente con unas pinzas de cocina para evitar las quemaduras.
2. Cuando la compresa caliente esté lista, colóquela en la la venda provista.
 3. Coloque la compresa caliente en el lugar donde desea aliviar el dolor. Si la zona le duele demasiado como para tener la compresa caliente directamente allí, colóquela en el otro lado del cuerpo que corresponda a la zona con dolor. Por ejemplo, si le duele la cadera derecha pero siente demasiado dolor como para colocar la compresa caliente en ese lugar, puede colocarla sobre la cadera izquierda.
 4. Si fuera posible, asegure la compresa caliente en la zona con dolor para evitar que se resbale.
 5. No se quede dormido encima de la venda caliente. El calor aumenta con la presión, y pueden producirse quemaduras.
 6. Una vez que la venda caliente se enfría y usted desea volver a usarla, siga las instrucciones del fabricante. No exceda los tiempos recomendados para calentarla, ya que se pueden producir quemaduras. No deseche la venda caliente.
 7. Continúe usando la venda caliente mientras el paciente esté cómodo, y la piel que está debajo de la venda caliente no esté enrojecida o irritada.
 8. Verifique de vez en cuando si hay signos de enrojecimiento o irritación en la piel. Si hay alguno de estos signos presentes, deje de usar la compresa caliente. Y si el enrojecimiento o la irritación no desaparecen a la hora, llame al médico.
 9. Alterne el calor y el frío (consulte los materiales de las instrucciones sobre el frío) para mejorar la comodidad, o quite la venda durante algunos minutos. Al quitar la venda caliente, la piel se enfriará rápidamente y habrá una diferencia entre el calor y el frío.
 10. Recuerde registrar el método del calor y su efectividad en el Diario del cuidado de sí mismo.
 11. Las vendas calientes no tienen la finalidad de reemplazar los medicamentos para el dolor, están pensadas para utilizarse junto con los medicamentos para el dolor con el fin de lograr un mejor alivio del dolor.

REFERENCIAS

- Berenson, S. (2006). Complementary and alternative therapies in palliative care. In B.R. Ferrell, & N. Coyle (Eds.), *Textbook of palliative nursing* (2nd ed., pp. 491-509).
- Decker G. M. (Ed.). (1999). *An introduction to complementary and alternative therapies*. Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Press, Inc.
- Dossey B. M., Keegan, L., & Guzzetta C. E. (1999). *Holistic nursing: A handbook for practice* (3rd ed.). Gaithersburg, MD: Aspen Publishers.
- Ferrell, B. A., & Ferrell, B. R. (1991). Pain management at home. *Clinics in Geriatric Medicine*, 7(4), 765-776.
- Ferrell, B. R., Cohen, M., Rhiner, M., & Rozak, A. (1992). Pain as a metaphor for illness. Part II: Family caregivers' management of pain. *Oncology Nursing Forum*, 18(8), 1315-1321.
- Ferrell, B. R., Ferrell, B. A., Rhiner, M., & Grant, M. (1991). Family factors influencing cancer pain. *Post-Graduate Medical Journal*, 67(Suppl. 2), S64-S69.
- Ferrell, B. R., Grant M., Padilla, G., & Rhiner, M. (1991). Patient perceptions of pain and quality of life. *The Hospice Journal*, 7(3), 9-24.

- Ferrell, B. R., Grant, M., Padilla, M., & Rhiner, M. (1992). Home care: Quality of life for patient and family. *Oncology Nursing Forum*, 6(2), 136-140.
- Ferrell, B. R., & Rhiner, M. (1993). Development of the family pain questionnaire. *Psychosocial Oncology*, 10(4), 21-35.
- Ferrell, B. R., Rhiner, M., Cohen, M., & Grant, M. (1991). Pain as a metaphor for illness. Part I: Impact of cancer pain on family caregivers. *Oncology Nursing Forum*, 18(8), 1303-1309.
- Ferrell, B. R., Rhiner, M., & Ferrell, B. A. (1993). Development and implementation of a pain education program. *Cancer*, 72(11), 3426-3432.
- Ferrell, B. R., & Schneider, C. (1988). Experience and management of cancer pain at home. *Cancer Nursing*, 11(2), 84-90.
- Ferrell, B. R., Wisdom, C., Wenzl, C., & Schneider, C. (1989). Quality of life as an outcome variable in pain research. *Cancer*, 63(11 Suppl.), 2321-2327.
- McCaffery, M. (1990). Nursing approaches to nonpharmacological pain control. *International Journal of Nursing Studies*, 27(1), 1-5.
- National Hospice and Palliative Care Organization. (2001). *Complementary therapies in end-of-life care*. Alexandria, VA: Author.
- Padilla, G., Ferrell, B. R., Grant, M., & Rhiner, M. (1990). Defining the content domain of quality of life for cancer patients with pain. *Cancer Nursing*, 13(2), 108-115.
- Rhiner, M., Ferrell, B. R., Ferrell, B. A., & Grant, M. (1993). A structured non-drug intervention program for cancer pain. *Cancer Practice*, 1(2), 137-143.

Módulo 3:

Ilustración 3: Algoritmos para la atención paliativa de los síntomas (VCUHS)

Algoritmos para la atención paliativa

Servicios de Atención Paliativa del VCUHS

Fuente:

Virginia Commonwealth University Health System, Massey Cancer Center (Centro Massey para el Cáncer perteneciente al Sistema de Salud de Virginia Commonwealth University). (2006). Por P. Coyne, L. Lyckholm, L. Hansen, T.J. Smith, & J. Laird. Autorización otorgada por ELNEC para su uso con fines educativos solamente.

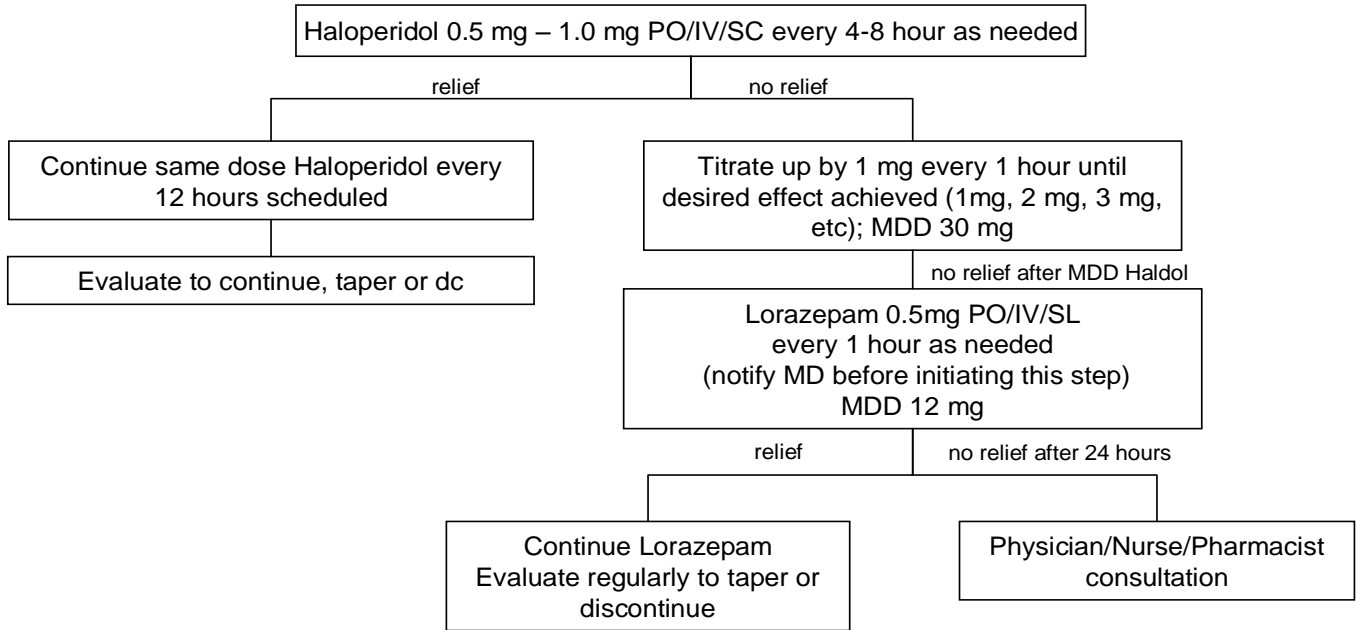
Algoritmos de los síntomas

NOTA: Algoritmos para la atención paliativa: Deben usarse como pautas generales. No reemplazan la relación tradicional enfermero-médico-paciente. Por favor, analícelos cuidadosamente antes de usarlos.

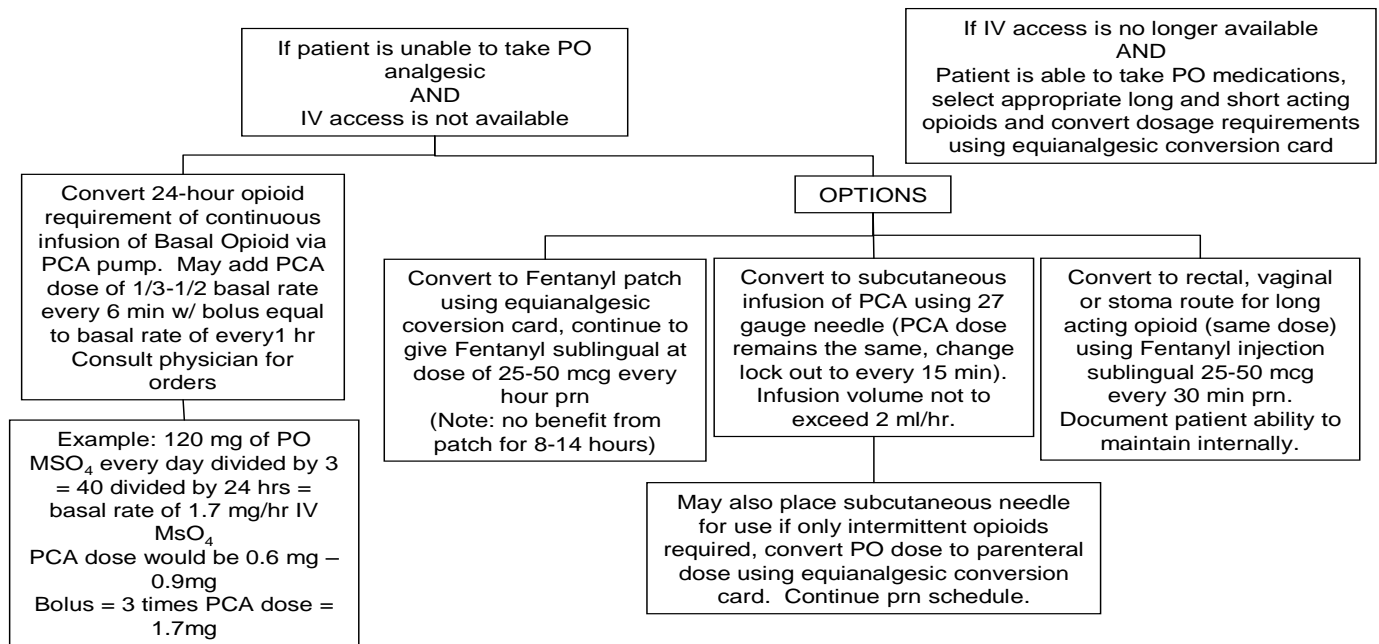
Agitación	M3-129
Vía alternativa para la administración de los opioides	M3-129
Anorexia	M3-130
Anuria	M3-130
Tratamiento de los espasmos de la vejiga	M3-131
Tratamiento de los intestinos – programa de atención gradual	M3-131
Candidiasis – Oral	M3-132
Candidiasis – Perineal	M3-132
Disnea	M3-133
Fiebre	M3-133
Hipo	M3-134
Mucositis	M3-134
Prurito	M3-135
Secreciones	M3-135
Convulsiones – Manejo agudo	M3-136
Trastornos del sueño	M3-136
Olor en las heridas	M3-137

Agitation

Excessive physical or mental restlessness. Increased activity that is generally not purposeful and associated with anxiety.



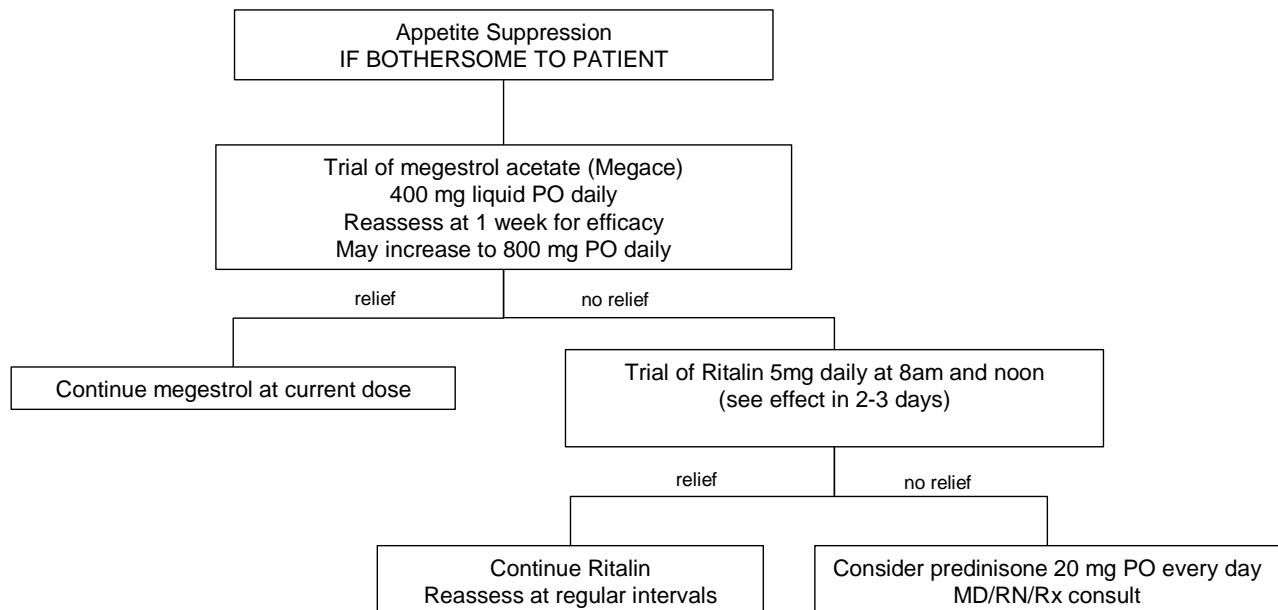
Alternative Route for Opioid Administration



**** Physicians NOTE: Please consider incomplete cross tolerance in your conversions.**

Anorexia

A loss of appetite with noted weight loss which is bothersome to the patient.

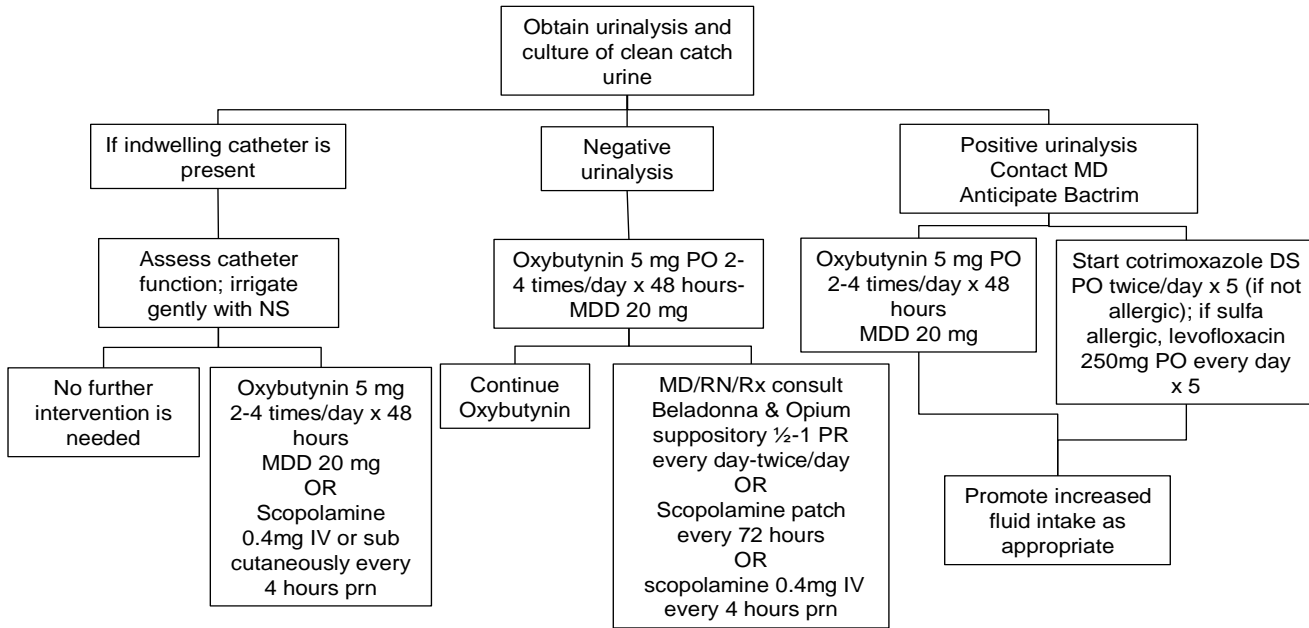


Anuria

Minimal to no urine output.

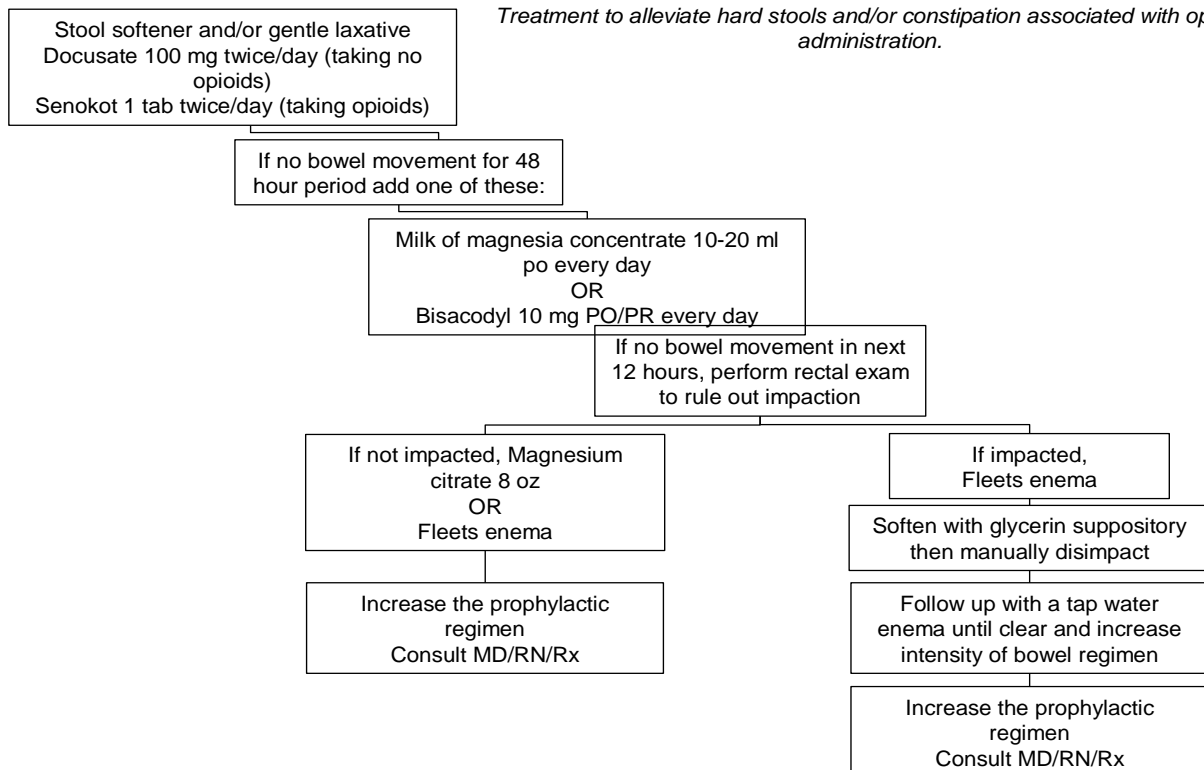
Bladder Spasms Treatment

An intermittent cramping sensation of the bladder resulting in discomfort and/or pain.



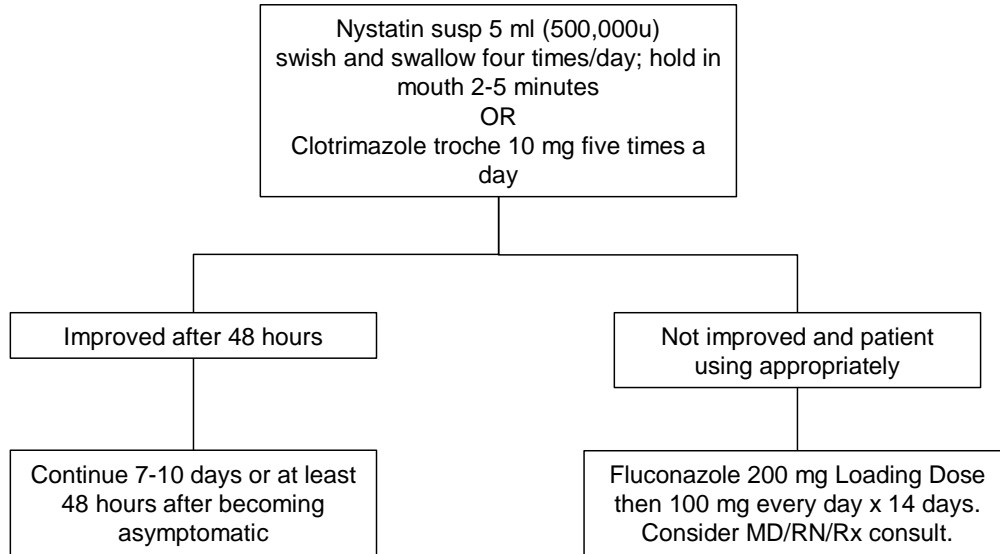
Bowel treatment – stepped care program

Treatment to alleviate hard stools and/or constipation associated with opioid administration.



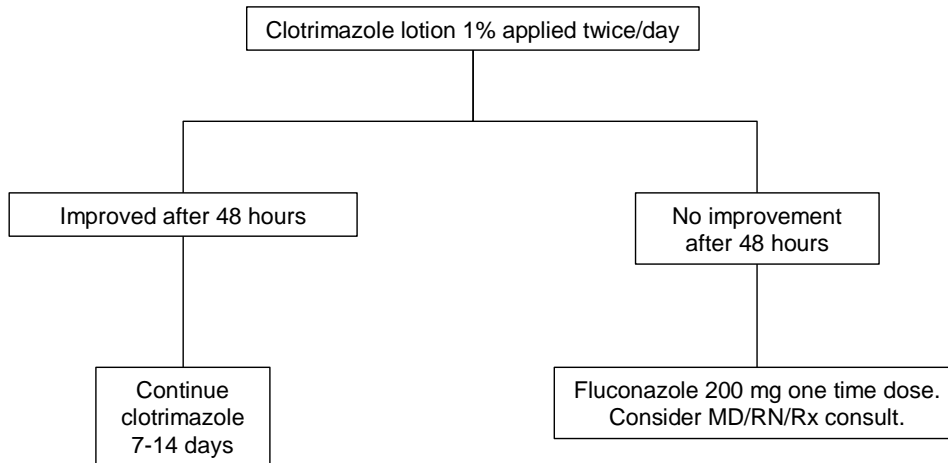
Candidiasis – Oral

Whitish patches on the inner oral cavity, tongue or throat, which may or may not cause discomfort.



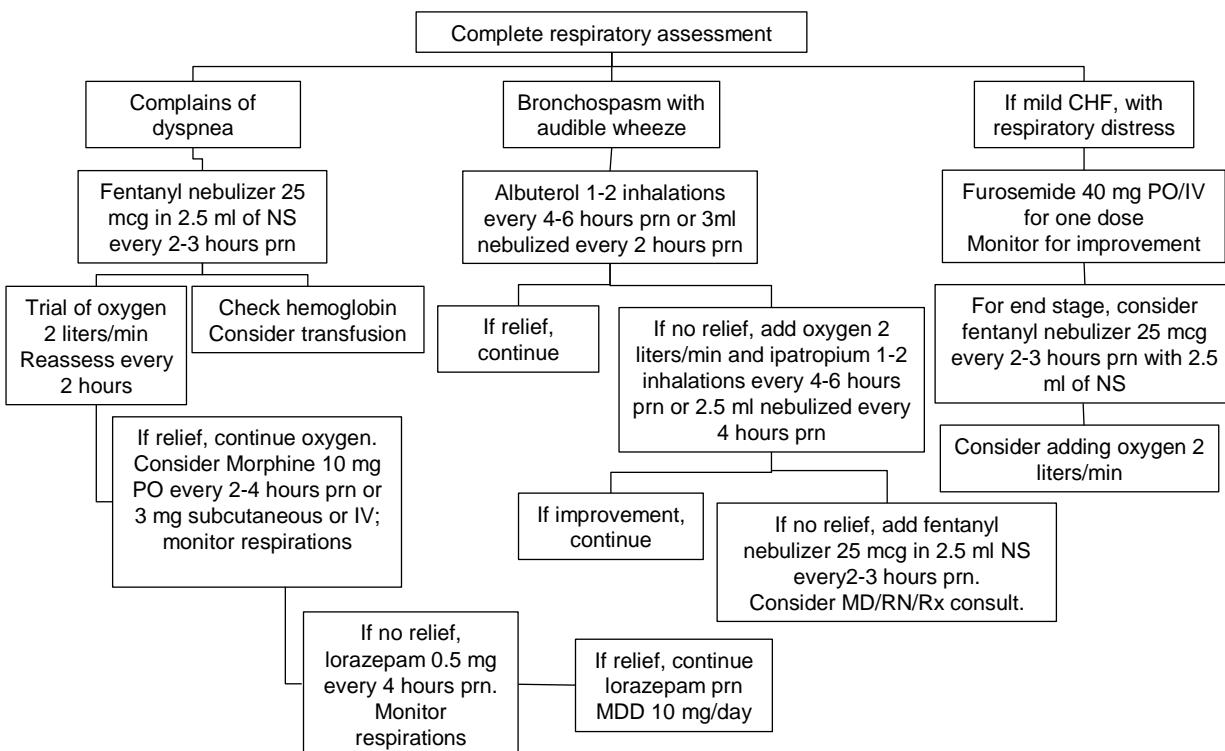
Candidiasis – Perineal

Reddened areas between skin folds in the genital area, which may or may not cause discomfort.



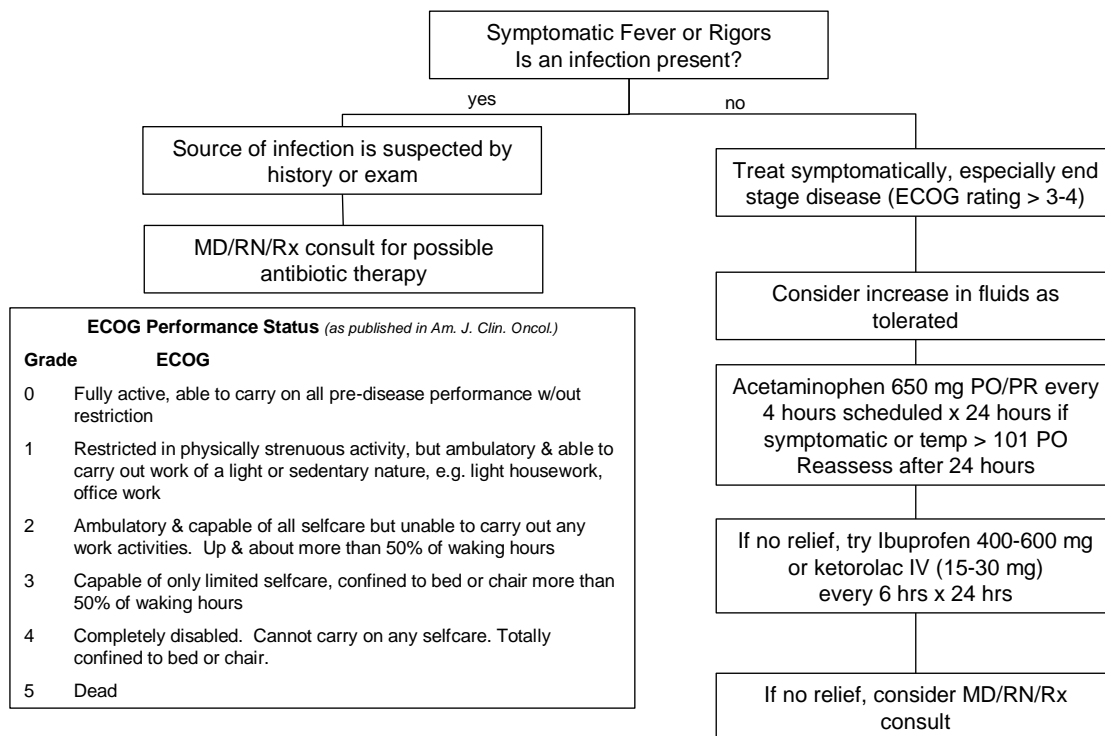
Dyspnea

The sensation of air hunger. May be exhibited by gasping, accessory muscle involvement in breathing, tachypnea, discomfort.



Fever

A temperature of over 101.5 (orally), 100.5 (axillary), or 100.5 (for patients with known neutropenia).

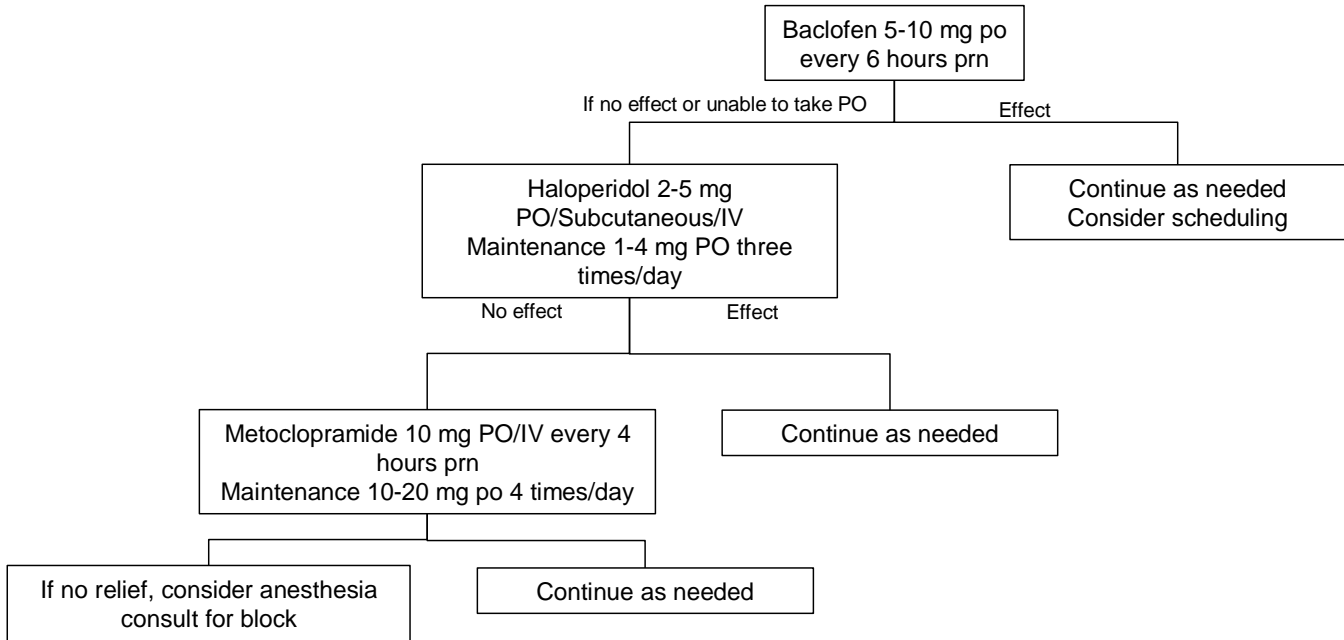


ECOG Performance Status (as published in Am. J. Clin. Oncol.)

Grade	ECOG
0	Fully active, able to carry on all pre-disease performance w/out restriction
1	Restricted in physically strenuous activity, but ambulatory & able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g. light housework, office work
2	Ambulatory & capable of all selfcare but unable to carry out any work activities. Up & about more than 50% of waking hours
3	Capable of only limited selfcare, confined to bed or chair more than 50% of waking hours
4	Completely disabled. Cannot carry on any selfcare. Totally confined to bed or chair.
5	Dead

Hiccough

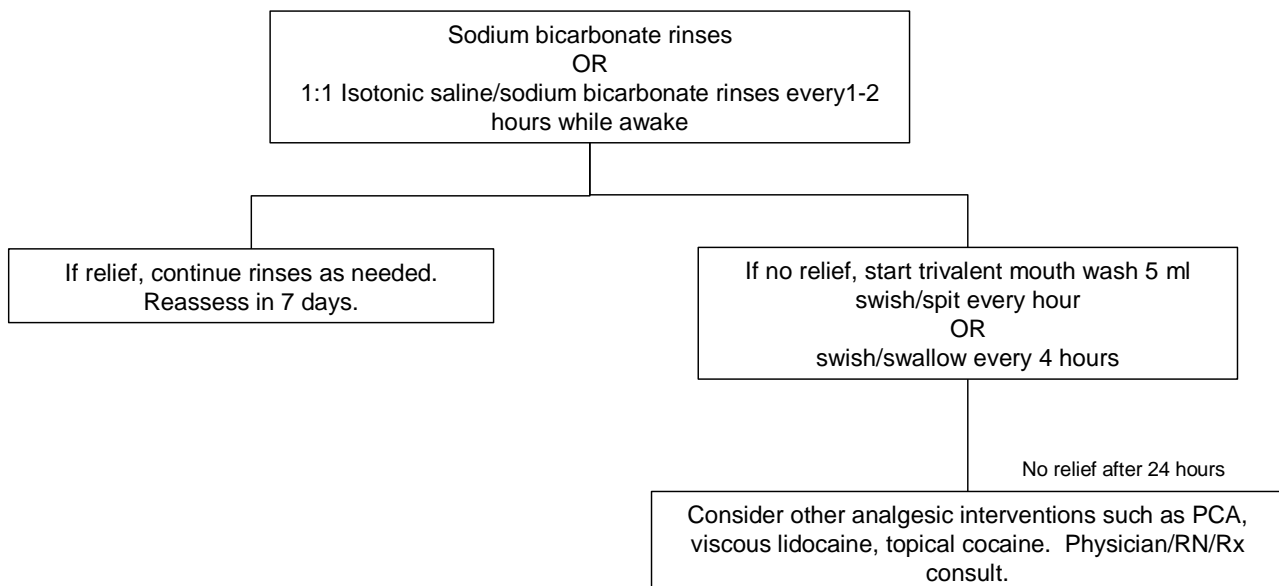
A spasmodic intermittent closure of the glottis following lowering of the diaphragm causing a short, sharp, inspiratory cough.



Mucositis

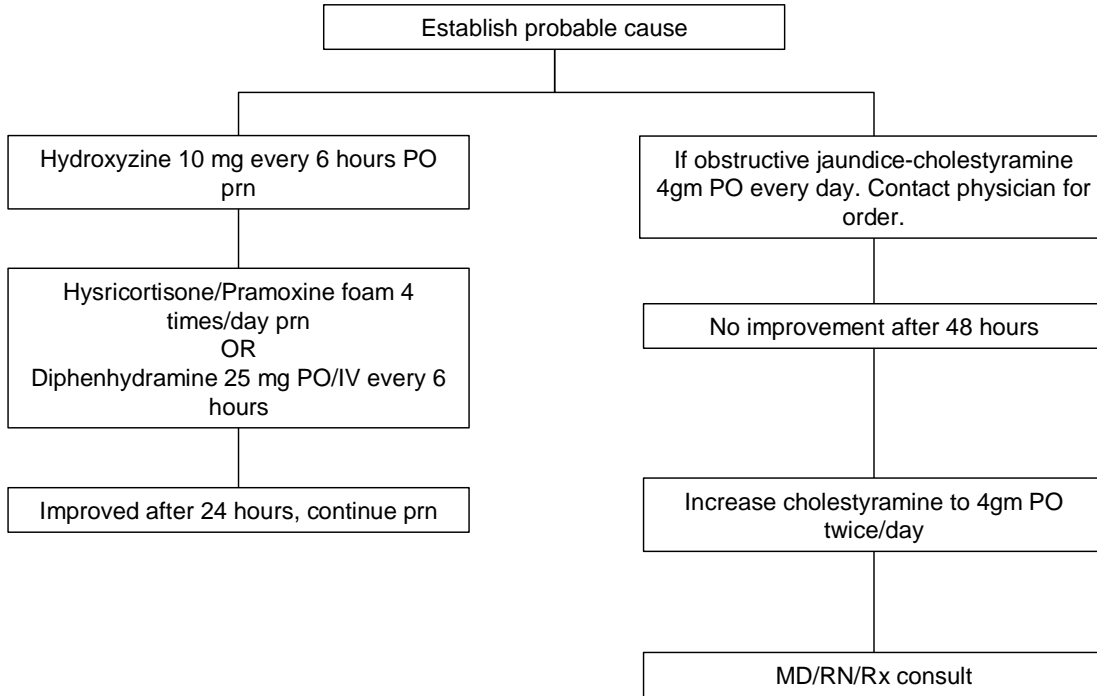
(without obvious infection)

Inflammation of the mucus membranes. Generally causes pain in the oral cavity and throat and exhibited by excessive drooling, spitting and mucus production.



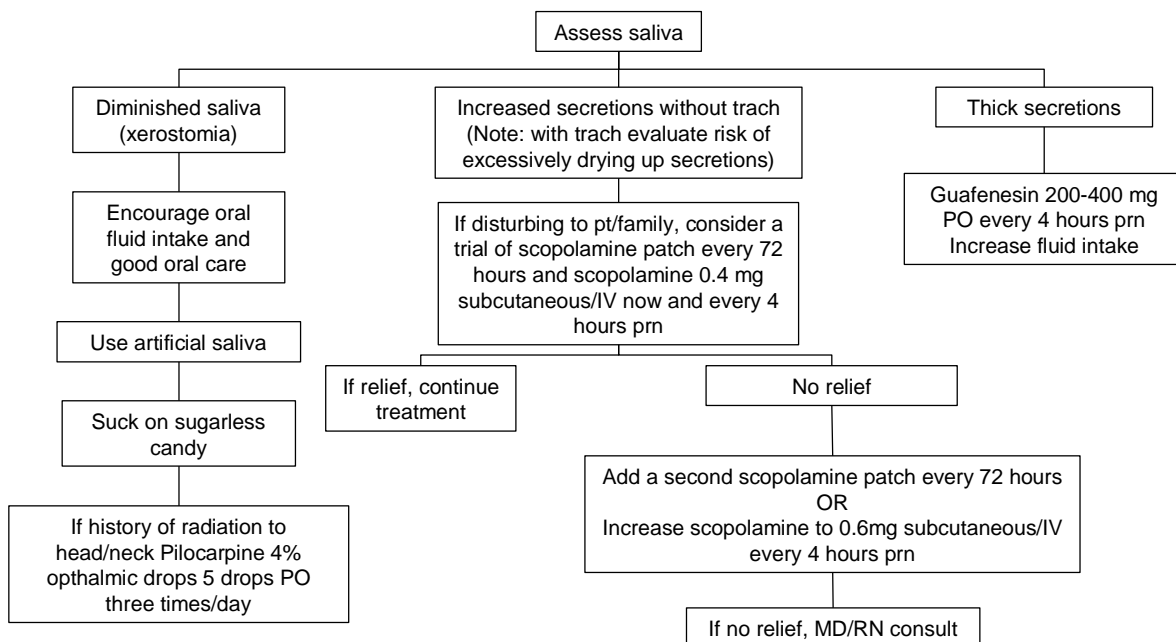
Pruritus

Severe itching.



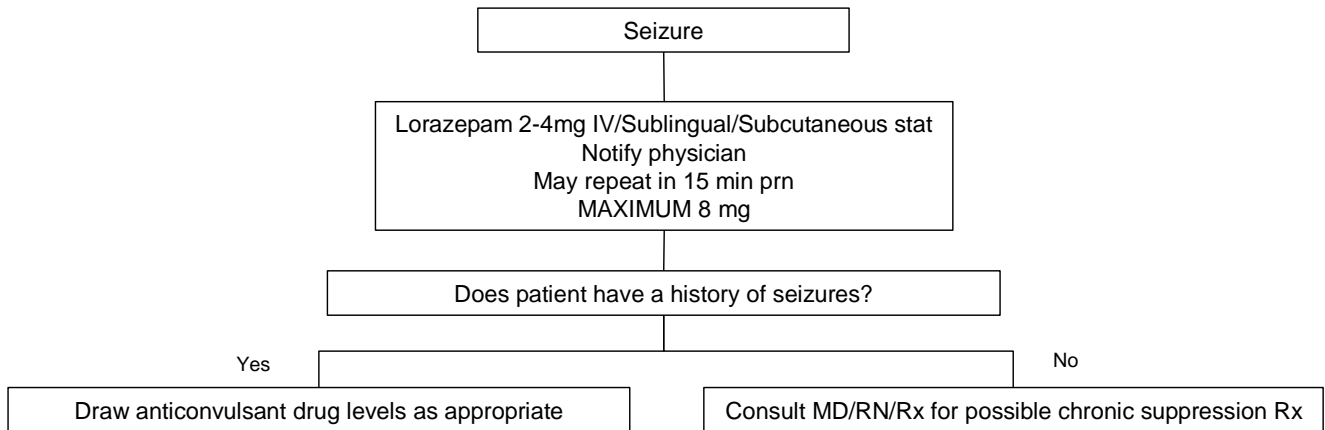
Secretions

Oral or airway lubrication. May be noted by excessive, noisy respirations



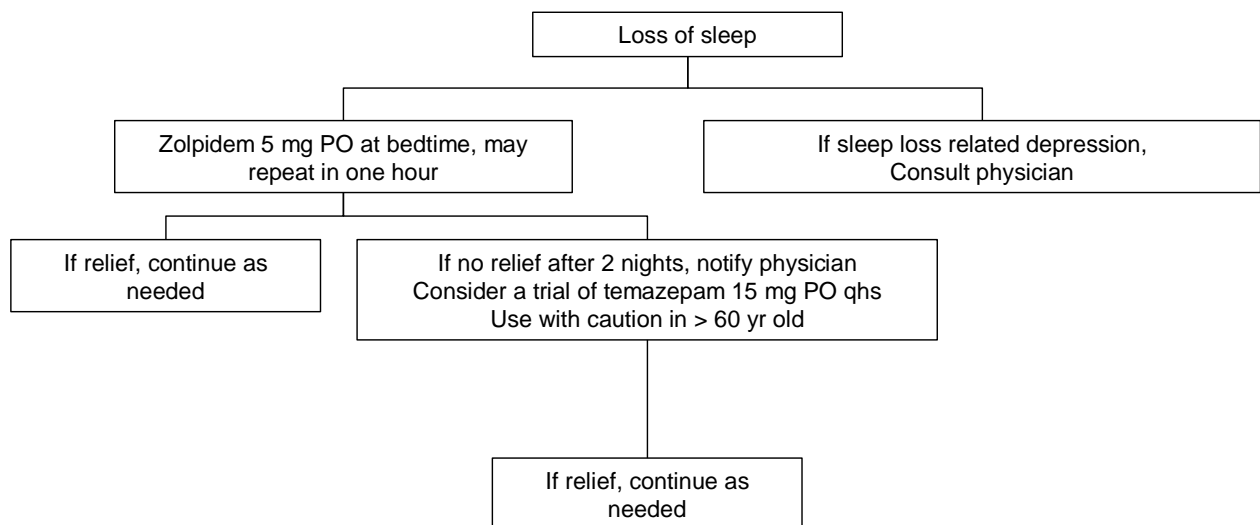
Seizures – Acute Management

Sudden, non-purposeful, rhythmic movement of any part of the body or facial muscles lasting from less to a minute to more that several minutes.



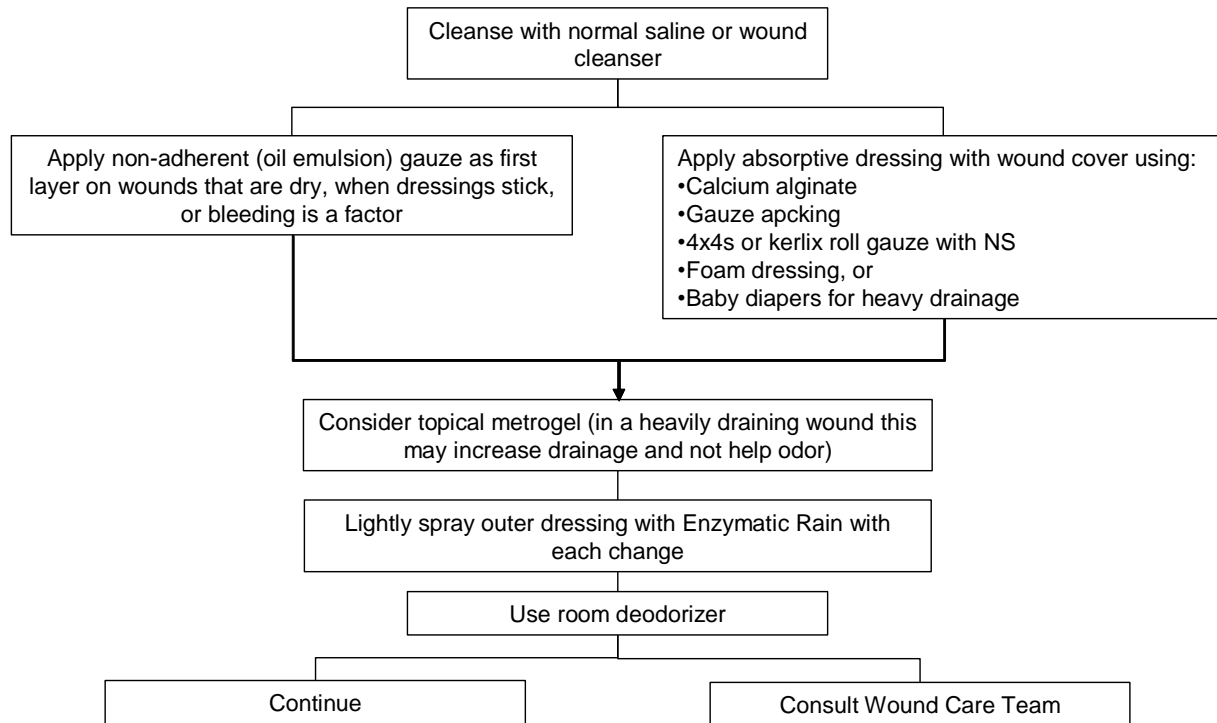
Sleep Disturbance (consider etiology, treat cause)

An inability to fall asleep and or stay asleep causing discomfort or fatigue.



Wound Odor

A strong, noticeable, offensive smell emanating from a wound.



Referencias:

Agitación:

- Jackson, K.C., Lipman, A.G. (2004). Drug therapy for delirium in terminally ill patients. De: The Cochrane Library, Issue 2, Chichester, UK: John Wiley Sons.
- Breitbart, W., Marotta, R., Platt, M.M., Weisman, H., Derevenco, M., Grau, C., Corbera, K., Raymond, S., Lund, S., Jacobson, P. (1996). *A double-blind trial of haloperidol, chlorpromazine, and lorazepam in the treatment of delirium in hospitalized AIDS patients. American Journal of Psychiatry, 153(2), 231-237.*
- Stahl, S. (2000). *Essential psychopharmacology: Neuroscientific basis and practical applications* 2nd ed. New York, NY: Cambridge University Press.
- Pasacreta, J., Minarik, P., & Nield-Anderson, L. (2006). Anxiety and depression. In B. R. Ferrell, & N. Coyle. (Eds.), *Textbook of palliative nursing* (2nd ed., pp. 375-400). New York, NY: Oxford University Press

Vías alternativas para la administración de opioides:

- American Pain Society. (2003). Principles of analgesic use in the treatment of acute pain and cancer pain. 5th Edition. Tomado de: www.ampainsoc.org
- Bruera, E., Brenneis, C., Michaud, M., Backovsky, R., Chadwick, S., Emeno, A., & MacDonald, N. (1988). Use of the subcutaneous route for the administration of narcotics in patients with cancer pain. *Cancer, 62(2), 407-411.*
- Pereira, J., Lawlor, P., Vigano, A., Dorgan, M., & Bruera, E. (2001). Equianalgesic dose ratios for opioids: a critical review and proposals for long-term dosing. *Journal of Pain and Symptom Management, 22(2), 672-687.*
- Gourlay, G.K. (2001). Treatment of cancer pain with transdermal fentanyl. *The Lancet Oncology, 2(3), 165-172.*

Anorexia:

- Jatoi, A., Windschitl, H.E., Loprinzi, C.L., Sloan, J.A., Dakhil, S.R., Maillaird, J.A., et al. (2002). Dronabinol versus megestrol acetate versus combination therapy for cancer-associated anorexia: A North Central Cancer Treatment Group Study. *Journal of Clinical Oncology, 20(2), 567-573.*
- Inui, A., (2002). Cancer anorexia-cachexia syndrome: Current issues in research and management, *CA Cancer Journal Clinics, 52(2), 72-91.*
- Jatoi, A., Kumar, S., Sloan, J.A., & Nguyen, P.L. (2003). On appetite and its loss. *Journal of Clinical Oncology, 21(9Suppl), 79s-81s.*
- Bistrain, B. (1999). Clinical trials for the treatment of secondary wasting and cachexia. *Journal of Nutrition, 129(1S Suppl), 290 S-294 S.*
- Fainsinger, R. L., & Periera, J. (2004). Clinical assessment and decision-making in cachexia and anorexia. In D. Doyle, G.W.C. Hanks, N. Cherney, & K. Calman. *Oxford textbook of palliative medicine* (3rd ed., pp. 533-560). Oxford, UK: Oxford University Press

Anuria:

- Cravens, D.D., & Zweig, S. (2000). Urinary catheter management. *American Family Physician, 61(2), 369-376.*
- Walsh, P.C. (1998). *Campbell's urology*. St. Louis, MO: Saunders, p. 159-162.

Tratamiento de los espasmos de la vejiga:

- Herbison, P., Hay-Smith, J., Ellis, G., & Moore, K. (2003). Effectiveness of anticholinergic drugs compared with placebo in the treatment of overactive bladder: Systematic review. *British Medical Journal, 326(7394), 841-844.*
- Nicolle, L.E., Bradley, S., Colgan, R., Rice, J.C., Schaeffer, A., Hooton, T.M., et al. (2005). Infectious Diseases Society of America guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. *Clinical Infectious Diseases, 40(5), 643-654.*
- Howe, R.A., & Spencer, R.C. (1996). Cotrimoxazole. Rationale for re-examining its indications for use. *Drug Safety, 14(4), 213-218.*

Tratamiento de los intestinos – programa de atención gradual:

Klaschik, E., Nauck, F., & Ostgathe, C. (2003). Constipation--modern laxative therapy. *Supportive Care in Cancer*, 11(11), 679-685.

Mancini, I., & Bruera, E. (1998). Constipation in advanced cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 6(4), 356-364.

Locke, G.R. III, Pemberton, J.H., & Phillips, S.F. AGA technical review on constipation. *Gastroenterology*, 119(6), 1766-1778.

Candidiasis-Oral:

Pappas, P.G., Rex, J.H., Sobel, J.D., Filler, S.G., Dismukes, W.E., Walsh, T.J., et al. (2004). Guidelines for treatment of candidiasis. *Clinical Infectious Diseases*, 38(2), 161-189.

Sweeney, M.P., & Bagg, J. (2000). The mouth and palliative care. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 17(2), 118-124.

Candidiasis-Perineal:

Association of Genitourinary Medicine and the Medical Society for the Study of Venereal Diseases. (1999). National guideline for the management of vulvovaginal candidiasis. *Sexual Transmitted Infections*, 75(Suppl 1), S19-S20.

Rex, J.H., Walsh, T.J., Sobel, J.D., Filler, S.G., Pappas, P.G., Dismukes, W.E., et al. (2000). Practice guidelines for treatment of candidiasis. *Clinical Infectious Diseases*, 30(4), 662-678.

Disnea:

Bruera, E., Sweeney, C., & Ripamonti, C. (2002). Dyspnea in patients with advanced cancer. De: A. Berger, R. Portenoy, & D.E. Weissman (Eds). *Principles and practice of palliative care and supportive oncology*. 2nd edition. Philadelphia, PA: Lippincott-Raven.

Chan, K.S., Sham, M.M.K., Tse, D.M.W., & Thorsen, A.B. (2004). Palliative medicine in malignant respiratory diseases. In D.Doyle, G.Hanks, N. Cherney, & K. Calman. (Eds) *Oxford textbook of palliative medicine* 3rd edition. Oxford, UK: Oxford University Press.

Fohr, S.A. (1998). The double effect of pain medication: separating myth from reality. *Journal of Palliative Medicine*, 1(4), 315-328.

Coyne, P.J., Lyne, M.E., & Watson, A. C. (2002). Symptom management in people with AIDS. *American Journal of Nursing*, 102(9), 48-56.

Coyne, P.J., Viswanathan, R., & Smith, T. (2002). Nebulized fentanyl citrate improves patients perception of breathing, respiratory rate, and oxygen saturation in dyspnea." *Journal of Pain and Symptom Management*. 23 (2), 157-160.

Fiebre:

Boulant, J.A. (1991). Thermoregulation. De: P.A. Machowiak (Ed): *Fever: basic mechanisms and management*. New York, NY: Raven Press, pp 1-22.

Oken, M.M., Creech, R.H., Tormey, D.C., Horton, J., Davis, T.E., McFadden, E.T., & Carbone, P.P. (1982). Toxicity and response criteria of the The Eastern Cooperative Oncology Group. *American Journal of Clinical Oncology*, 5(6), 649-655.

Young, L.S. (1988). Fever and septicemia. De: R.H.Rubin, L.S.Young (Eds). *Clinical approach to infection in the compromised host*, 2nd edition.. New York, NY: Plenum Medical, pp 75-114.

Zhukovsky, D.S. (2002). Fever and sweats in the patient with advanced cancer. *Hematology/Oncology Clinics of North America*, 16 (3), 579-88.

Hipo:

Kolodzik, P.W., & Eilers, M.A. (1991). Hiccups (singultus): Review and approach to management. *Annals of Emergency Medicine*, 20(5), 565-573.

Rousseau, P. (1995). Hiccups. *Southern Medical Journal*, 88(2), 175-181.

Lewis, J.H. (1985). Hiccups: Causes and cures. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 7(6), 539-552.

Mucositis:

Berger, A.M., & Kilroy, T.J. (2001). Oral complications. In V. DeVita V, S. Hellman, & S.A. Rosenberg (Eds):

Cancer: Principles and practices of oncology, 6th edition. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Rubenstein, E.B., Peterson, D.E., Schubert, M., Keefe, D., McGuire, D., Epstein, J., et al. (2004). Clinical practice guidelines for the prevention and treatment of cancer therapy-induced oral and gastrointestinal mucositis.

Cancer, 100(9Suppl), 2026-2046.

Epstein, J.B., & Schubert, M.M. (2003). Oropharyngeal mucositis in cancer therapy. Review of pathogenesis, diagnosis, and management. *Oncology (Williston Park)* 17(12), 1779-1782,.

Prurito:

Fleisher, A.B., & Michaels, J.R. (1998). Pruritus. De: A.Berger, C.Russell K. Portenoy, D.E. Weissman (Eds) , *Principles & practice of supportive oncology*. Philadelphia, PA: Lippincott-Raven, pp. 245-250.

Krajnik, M., & Zylitz. (2001). Understanding pruritis in systemic disease. *Journal of Pain & Symptom Management*, 21(2), 151-168.

Secreciones:

Wilders, H., & Menten J. (2002). Death rattle: prevalence, prevention and treatment. *Journal of Pain & Symptom Management*, 23(4), 310-317.

Cooke, C., Ahmedzai, S., & Mayberry, J. (1996). Xerostomia--a review. *Palliative Medicine*, 10(4), 284-292.

Richardson, P.S., & Phipps, R.J. (1978). The anatomy, physiology, pharmacology and pathology of tracheobronchial mucus secretion and the use of expectorant drugs in human disease. *Pharmacology & therapeutics. Part B: General & systematic pharmacology*, 3(4), 441-479.

Convulsiones – Manejo agudo:

Treiman, D.M. (1989). Pharmacokinetics and clinical use of benzodiazepines in the management of status epilepticus. *Epilepsia*, 30(suppl 2), S4-S10.

Chapman, M.G., Smith, M., & Hirsch, N.P. (2001). Status epilepticus. *Anaesthesia*, 56(7), 648-659.

Trastornos del sueño:

Schenck, C.H., & Mahowald, M.W. & Sack, R.L. (2003). Assessment and management of insomnia. *Journal of the American Medical Association*, 289(19), 2475-2479.

Olor en las heridas:

Bates-Jensen, B.M. (2006). Skin disorders: Pressure ulcers – assessment and management. In B.R. Ferrell, & N. Coyle (Eds.), *Textbook of palliative nursing* (2nd ed., pp. 301-328.). New York, NY: Oxford University Press.

Bates-Jensen B.M., Seaman, S. & Early, L. (2006). Skin disorders: Tumor necrosis, fistules, and stoma. In B.R. Ferrell, & N. Coyle (Eds.), *Textbook of palliative nursing* (2nd ed., pp. 329-344.). New York, NY: Oxford University Press.

Grocott, P. (2000). The palliative management of fungating malignant wounds. *Journal of Wound Care*, 9(1), 4-9.

Grocott, P., & Dealey, C. (2004). Symptom management: Nursing aspects. In D. Doyle, G. Hanks, N. Cherney, & K. Calman (Eds.) *Oxford textbook of palliative medicine* (3rd ed., pp. 628-640). Oxford, UK: Oxford University Press.

Newman, V., Allwood, M., & Oakes, R.A. (1989). The use of metronidazole gel to control the smell of malodorous lesions. *Palliative Medicine*, 3(4), 303-305.

Walker, P. (1998). The pathophysiology and management of pressure ulcers. De: R.K. Portenoy & E. Bruera (Eds). *Topics in palliative care*, Volume 3. New York, NY: Oxford University Press pp 253-270.

Módulo 3: Manejo de los síntomas

Referencias Principales

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association..
- American Society of Clinical Oncologists (ASCO). (2001). *Optimizing cancer care – The importance of symptom management* [ASCO curriculum]. Alexandria, VA: Author.
- Anderson, P. & Dean, G. (2006). Fatigue. In B.R. Ferrell, & N. Coyle (Eds.), *Textbook of palliative nursing* (2nd ed., pp. 155-168). New York, NY: Oxford University Press.
- Bates-Jensen, B.M. (2006). Skin disorders: Pressure ulcers – assessment and management. In B.R. Ferrell, & N. Coyle (Eds.), *Textbook of palliative nursing* (2nd ed., pp. 301-328). New York, NY: Oxford University Press.
- Bates-Jensen B.M., Seaman, S. & Early, L. (2006). Skin disorders: Tumor necrosis, fistules, and stoma. In B.R. Ferrell, & N. Coyle (Eds.), *Textbook of palliative nursing* (2nd ed., pp. 329-344). New York, NY: Oxford University Press.
- Benson, A. B. 3rd, Ajani, J. A., Catalano, R. B., Engelking, C., Kornblau, S. M., Martenson, J. A., Jr., et al. (2004) Recommended guidelines for the treatment of cancer treatment-induced diarrhea. *Journal of Clinical Oncology*, 22(14), 2918-2926.
- Berenson, S. (2006). Complementary and alternative therapies in palliative care. In B.R. Ferrell, & N. Coyle (Eds.), *Textbook of palliative nursing* (2nd ed., pp. 491-509.). New York, NY: Oxford University Press.
- Berger, A., Shuster, J.L., & VonRoenn, J.H. (2007). *Principles and practice of palliative care and supportive oncology* (3rd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams and Wilkins.
- Bistran, B. (1999). Clinical trials for the treatment of secondary wasting and cachexia. *Journal of Nutrition*, 129(1S Suppl), 290 S-294 S.
- Burgess, K., & Whitelaw, W. (1988). Effects of nasal cold receptors on patterns of breathing. *Journal of Applied Physiology*, 64(1), 371-376.
- Coyne, P. (2003). The use of nebulized fentanyl for the management of dyspnea. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 7(3), 334.
- Coyne, P. J., Lyne, M.E., & Watson, A. C. (2002). Symptom management in people with AIDS. *American Journal of Nursing*, 102(9), 48-56.
- Dahlin, C. (2006). It takes my breath away: End-stage COPD. Part 2: Pharmacologic and

- nonpharmacologic management of dyspnea and other symptoms. *Home Healthcare Nurse*, 24(4), 218-224.
- DeLeo, D., & Spathonis, K. (2003). Suicide and euthanasia in late life. *Aging-Clinical & Experimental Research*, 15(2), 99-110.
- Dudgeon, D. (2006). Dyspnea, death rattle, and cough. In B.R. Ferrell, & N. Coyle (Eds.), *Textbook of palliative nursing* (2nd ed., pp. 249-264). New York, NY: Oxford University Press.
- Earthman, C. P., Reid, P. M., Harper, I. T., Ravussin, E., & Howell, W. H. (2002). Body cell mass repletion and improved quality of life in HIV-infected individuals receiving oxandrolone. *Journal of Parenteral & Enteral Nutrition*, 26(6), 357-356.
- Estfan, B., & LeGrand, S. (2004). Management of cough in advanced cancer. *The Journal of Supportive Oncology*, 2(6), 523-27.
- Fainsinger, R. L., & Periera, J. (2004). Clinical assessment and decision-making in cachexia and anorexia. In D. Doyle, G.W.C. Hanks, N. Cherney, & K. Calman. *Oxford textbook of palliative medicine* (3rd ed., pp. 533-560). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Ferrell, B. R., Grant, M., Dean, G. E., Funk, B., & Ly, J. (1996). Bone tired: The experience of fatigue and impact on quality of life. *Oncology Nursing Forum*, 23(10), 1539-1547.
- Gallagher, R. & Roberts, D. (2004). Asystemic review of oxygen and airflow effect on relief of dyspnea at rest in patient with advanced disease of any cause. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 18(4), 3-15.
- Glare, P., Periera, G., Kristjanson, L. J., Stockler, M., & Tattersall, M. (2004). Systematic review of the efficacy of antiemetics in the treatment of nausea in patients with far-advanced cancer. *Supportive Care in Cancer*, 12(6), 432-440.
- Grocott, P., & Dealey, C. (2004). Symptom management: Nursing aspects. In D. Doyle, G. Hanks, N. Cherney, & K. Calman (Eds.) *Oxford textbook of palliative medicine* (3rd ed., pp. 628-640). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Jacobs, L. G. (2003). Managing respiratory symptoms at the end of life. *Clinics in Geriatric Medicine*, 19(1), 225-239.
- Kemp, C. (2006). Anorexia and cachexia. In B. R. Ferrell, & N. Coyle (Eds.), *Textbook of palliative nursing* (2nd ed., pp. 169-176). New York, NY: Oxford University Press.
- Kuebler, K. K., Heidrich, D.E., Vena, C. & English, N. (2006). Delirium, confusion, agitation, and restlessness. In B. R. Ferrell & N. Coyle (Eds.), *Textbook of palliative nursing* (2nd ed., pp. 401-420). New York, NY: Oxford University Press.

- Lawlor, P. G., & Bruera, E. D. (2002). Delirium in patients with advanced cancer. *Hematology Oncology Clinics of North America*, 16(3), 701-714.
- Lawlor, P. G., Gagnon, B., Mancini, I. L., Pereira, J., L., Hanson, J., Suarez-Almazor, M. E., & Bruera, E. D. (2000). Occurrence, causes, and outcomes of delirium in patients with advanced cancer. *Archives of Internal Medicine*, 160(6), 786-794.
- Lipman, A., Jackson, K., & Tyler, L. (2000). *Evidence based symptom control in palliative care*. Binghamton, NY: Pharmaceutical Products.
- Luce, J. M., & Luce, J. A. (2001). Perspectives on care at the close of life. Management of dyspnea in patients with far-advanced lung disease: "Once I lose it, it's kind of hard to catch it..." *Journal of the American Medical Association*, 285(10), 1331-1337.
- MacDonald, N. (2003). Is there evidence for earlier intervention for cancer-associated weight loss? *Journal of Supportive Oncology*, 1(4), 279-286.
- Mannix, K. A. (2004). Palliation of nausea and vomiting. In D. Doyle, G. Hanks, & N. Cherney & K. Calman. (Eds.) *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 3rd edition (pp. 459-468). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Meyer, H.A., Sinnot, C., Seed, P.T. (2003). Depressive symptoms in advanced cancer. Part 2: Depression over time; the role of the palliative care professional. *Palliative Medicine*, 17(7), 604-607.
- National Cancer Institute (NCI). (2004). Anxiety disorder. Retrieved on August 15, 2007 from <http://www.nci.nih.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/anxiety/healthprofessional>
- National Cancer Institute (NCI). (2004). Delirium. Retrieved August 15, 2007 from: <http://www.nci.nih.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/delirium/healthprofessional>
- National Cancer Institute (NCI). (2005). Depression. Retrieved August 15, 2007 from: <http://www.nci.nih.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/depression/healthprofessional>
- National Cancer Institute (NCI). (2004). Fatigue. Retrieved August 15, 2007 from: <http://www.nci.nih.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/fatigue/healthprofessional>
- National Cancer Institute (NCI). (2005). Gastrointestinal complications. Retrieved on August 15, 2007 from <http://www.nci.nih.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/gastrointestinalcomplications/healthprofessional>

- National Consensus Project for Quality Palliative Care (2004). National consensus project for quality palliative care: Clinical practice guidelines for quality palliative care, executive summary (Policy Document). *Journal of Palliative Medicine*, 7(5), 611-627.
- Nelson, J. E. Meier, D. E., Oei, E. J., Nierman, D. M., Senzel, R. S., Manfredi, P. L., et al. (2001). Self-reported symptom experience of critically ill cancer patients receiving intensive care. *Critical Care Medicine*, 29(2), 277-282.
- Neudert, C., Oliver, D., Wasner, M., & Borasio, G. D. (2001). The course of the terminal phase in patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Journal of Neurology*, 248(7), 612-616.
- Pasacreta, J., Minarik, P., & Nield-Anderson, L. (2006). Anxiety and depression. In B. R. Ferrell, & N. Coyle. (Eds.), *Textbook of palliative nursing* (2nd ed., pp. 375-400). New York, NY: Oxford University Press.
- Paice, J.A. (2006). Neurological disturbances. In B.R. Ferrell, & N. Coyle (Eds.), *Textbook of palliative nursing* (2nd ed., pp. 365-374). New York: Oxford University Press.
- Potter, J., Hami, F., Bryan, T., & Quigley, C. (2003). Symptoms in 400 patients referred to palliative care services: Prevalance and patterns. *Palliative Medicine*, 17(4), 310-314.
- Preece, J. (2002). Introducing abdominal massage in palliative care for the relief of constipation. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*, 8(2), 101-105.
- Rhiner, M., & Slatkin, N.E. (2006). Pruritus, fever, and sweats. In B. R. Ferrell, & N. Coyle. (Eds.), *Textbook of palliative nursing* (2nd ed., pp. 345-363). New York, NY: Oxford University Press.
- Schwartzstein, R., Lahive, K., Pope, A., Weinberger, S., & Weiss, J. (1987). Cold facial stimulation reduces breathlessness in normal subjects. *American Review of Respiratory Disease*, 136(1), 58-61.
- Sykes, N. (2004). Constipation and diarrhea. In D. Doyle, G. Hanks, N. Cherney & K. Calman (Eds.), *Oxford textbook of Palliative Medicine* (3rd ed., Chap 8.3.3, pp. 483-496). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Thomas, J. R., & von Gunten, C. F. (2002). Treatment of dyspnea in cancer patients. *Oncology (Huntington)*, 16(6), 745-750.
- Wilson, K. G., Chochinov, H. M., de Faye, B. J., & Breitbart, W. (2000). Diagnosis and management of depression in palliative care. In H. Chochinov and W. Breitbart (Eds.), *Handbook of psychiatry in palliative medicine* (pp. 25-49). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Zambroski, C.H., Moser, D.K., Roser, L.P., Heo, S., & Chung, M.L. (2005). Patients with heart failure who die in hospice. *American Heart Journal*, 149(3), 558-564.

Cross Reference with ELNEC Course Texts for Module 3:

rell, B. R., & Coyle, N. (Eds.). (2006). *Textbook of palliative nursing* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press.

<u>Chapter</u>	<u>Author</u>	<u>Title</u>
7	Anderson & Dean	Fatigue
8	Kemp	Anorexia and Cachexia
9	King	Nausea and Vomiting
10	Dahlin & Goldsmith	Dysphagia, Xerostomia, and Hiccups
11	Economou	Bowel Management: Constipation, Diarrhea, Obstruction, and Ascites
12	Kedziera & Coyle	Hydration, Thirst and Nutrition
13	Dudgeon	Dyspnea, Death Rattle and Cough
14	Gray & Campbell	Urinary Tract Disorders
15	Smith	Lymphedema Management
16A	Bates-Jensen	Skin Disorders: Pressure Ulcers—Assessment and Management
16B	Bates-Jensen, Seaman & Early	Skin Disorders: Tumor Necrosis, Fistulas & Stomas
17	Rhiner & Slatkin	Pruritus, Fever, and Sweats
18	Paice	Neurological Disturbances
19	Pasacreta, Minarik, & Nield-Anderson	Anxiety and Depression
20	Kuebler, Heidrich, Vena, & English	Delirium, Confusion, and Agitation
21	Lamb	Sexuality
23	Watson	Urgent Syndromes at the End of Life
24	Knight, Espinosa, & Bruera	Sedation for Refractory Symptoms and Terminal Weaning
25	Berenson	Complementary and Alternative Therapies in Palliative Care
37	Sherman	Patients with Acquired Immunodeficiency Syndrome
49	Hellsten & Kane	Symptom Management in Pediatric Palliative Care