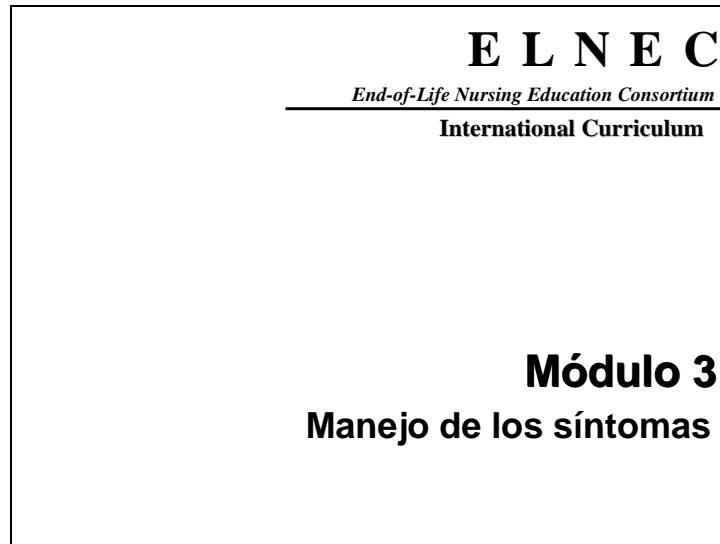


Módulo 3: Manejo de los síntomas

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

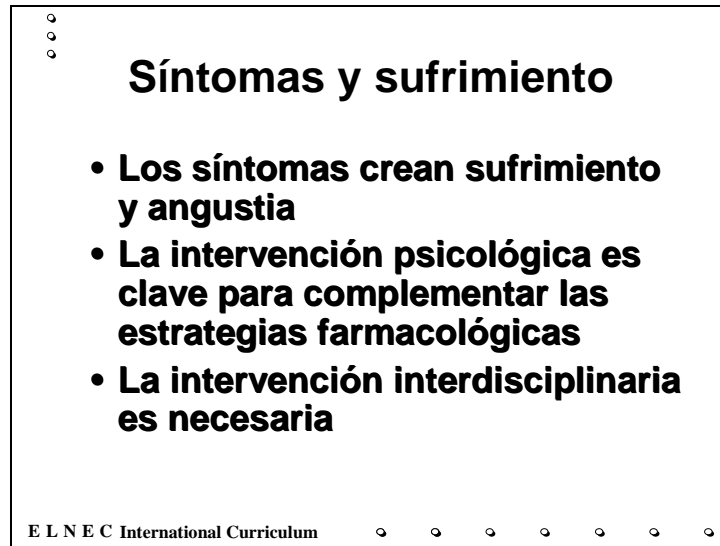
- **Evaluación y valoración permanente**
- **Es necesario un trabajo interdisciplinario en equipo**
- **Inquietudes financieras (opciones asequibles)**
- **Se necesita investigación**

ELNEC 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



Síntomas y sufrimiento

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

ELNEC International Curriculum

- 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

o
o
o

Síntomas comunes

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


ELNEC 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

ELNEC 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**

ELNEC 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

ELNEC 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

ELNEC 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

o o o

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

ELNEC International Curriculum o o o o o o o

- Existen muchos tratamientos/técnicas no farmacológicos 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

ELNEC 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

ELNEC 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



Intervenciones farmacológicas para la tos

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

E L N E C International Curriculum

- 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

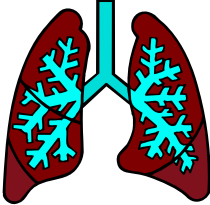
Material didáctico suplementario sugerido:

Cuadro 3: Intervenciones farmacológicas para la tos

Diapositiva 13

Intervenciones no farmacológicas para la tos

- Fisioterapia de tórax
- Humidificador
- Cambio de posición



ELNEC International Curriculum

- 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 cafeína tienen un efecto dilatador de los vasos pulmonares.
- Puede aplicarse radioterapia, especialmente con la hemoptisis.

Diapositiva 14

Anorexia y caquexia

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

Kemp, 2006

ELNEC International Curriculum

- 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.

Diapositiva 15

Causas de la anorexia y la caquexia

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

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

ELNEC International Curriculum

- 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 (Bistrian, 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

ELNEC 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

Diapositiva 17

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

ELNEC 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

o
o
o

Estreñimiento

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

ELNEC International Curriculum

o o o o o o o

- 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!

Diapositiva 19

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)

ELNEC 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 hipocalcemia.
 - 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.


Diapositiva 20



Evaluación del estreñimiento

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

ELNEC 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 [apariencia 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

ELNEC 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

Diapositiva 22

Diarrea

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

ELNEC 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/health_professional).
- 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.

Diapositiva 23

Causas de la diarrea

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

ELNEC 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 difficile* 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).

Diapositiva 24

Evaluación de la diarrea

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

ELNEC 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.

Diapositiva 25

o o o

Tratamiento de la diarrea

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

ELNEC International Curriculum o o o o o o o

- 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

Diapositiva 26

o
o
o

Náuseas y vómitos

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

Mannix, 1998

ELNEC 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).

Diapositiva 27

Causas de las náuseas y los vómitos

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


ELNEC International Curriculum

- 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).

Diapositiva 28

Evaluación de las náuseas y los vómitos

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



ELNEC International Curriculum

- 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.

Diapositiva 29

Tratamiento farmacológico de las náuseas y los vómitos

- Anticolinérgicos
- Antihistamínicos
- Esteroides
- Agentes procinéticos
- Otros

ELNEC 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

Diapositiva 30

Tratamiento no farmacológico de las náuseas y los vómitos

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

ELNEC 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

Diapositiva 31

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


ELNEC International Curriculum

- 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).

Diapositiva 32

Causas de la fatiga

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



ELNEC International Curriculum

- 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).

Diapositiva 33

Evaluación de la fatiga

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

ELNEC 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

Diapositiva 34

o
o
o

Tratamiento de la fatiga

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

Anderson & Dean, 2006

ELNEC International Curriculum o o o o o o o

- 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

Diapositiva 35

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

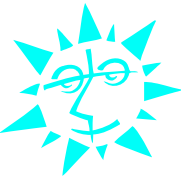
ELNEC International Curriculum

- 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" (Pasacreta 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.

Diapositiva 36

Causas de la depresión

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



ELNEC International Curriculum

- 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, benzodiacepinas, 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).

Diapositiva 37

Evaluación de la depresión

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

Pasacrete et al., 2006

ELNEC International Curriculum

- 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 (Pasacrete 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 (Pasacrete et al., 2006).

Diapositiva 38

**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

ELNEC International Curriculum

- 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?

Diapositiva 39

Evaluación del suicidio

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

ELNEC International Curriculum

- 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!

Diapositiva 40

Intervenciones farmacológicas para la depresión

- Antidepresivos
- Estimulantes
- No-benzodiacepinas
- Esteroides

ELNEC 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

Diapositiva 41

Intervenciones no farmacológicas para la depresión

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

ELNEC International Curriculum

- 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).

Diapositiva 42

o o o

La ansiedad o angustia

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

ELNEC International Curriculum o o o o o o o

- 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

ELNEC 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.

Diapositiva 44

Evaluación de la ansiedad

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

APA, 1994

ELNEC 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**
- **Benzodiacepinas/anticonvulsivantes**
- **Neurolépticos**
- **No-benzodiacepinas**

ELNEC 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

Diapositiva 46

Intervenciones no farmacológicas para la ansiedad

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

ELNEC 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


Diapositiva 47



Delirio/Agitación/Confusión

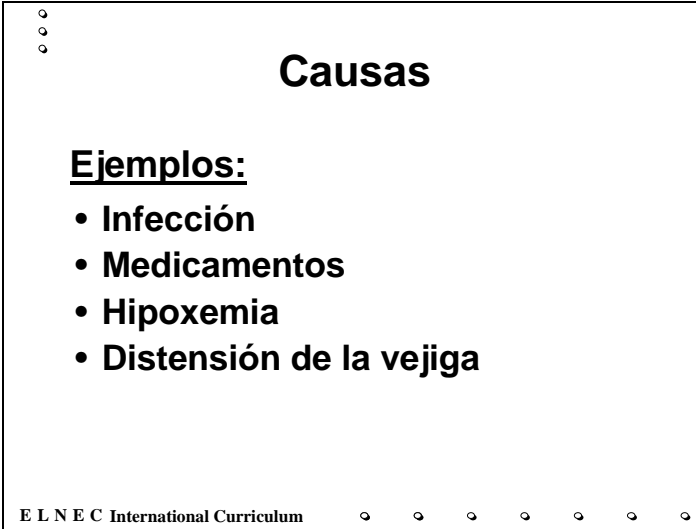
- **Delirio** - Cambio agudo en el conocimiento/conciencia
- **Agitación** - acompaña al delirio
- **Confusión** - desorientación, comportamiento inadecuado, alucinaciones

Coyne et al., 2002

ELNEC International Curriculum 

- 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**

ELNEC 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

ELNEC 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**


ELNEC 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.

Diapositiva 51

Heridas

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



ELNEC 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.

Diapositiva 52

o
o
o

Evaluación de las heridas

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

ELNEC International Curriculum o o o o o o o

- 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.

Diapositiva 53

o
o
o

Tratamiento de las heridas

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

ELNEC International Curriculum

o o o o o o o

- 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.

Diapositiva 54

o o o

Convulsiones

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

ELNEC International Curriculum o o o o o o o

- 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).

Diapositiva 55

o
o
o

Evaluación de las convulsiones

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

ELNEC 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.

Diapositiva 56

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.

Diapositiva 57

Fiebre

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




ELNEC International Curriculum

- 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).

Diapositiva 58

Evaluación/Tratamiento de la fiebre

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



ELNEC 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

Linfedema

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



ELNEC International Curriculum

- 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

o
o
o

Evaluación del linfedema

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

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

- 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**

ELNEC 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.
- Enfatique 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

o
o
o

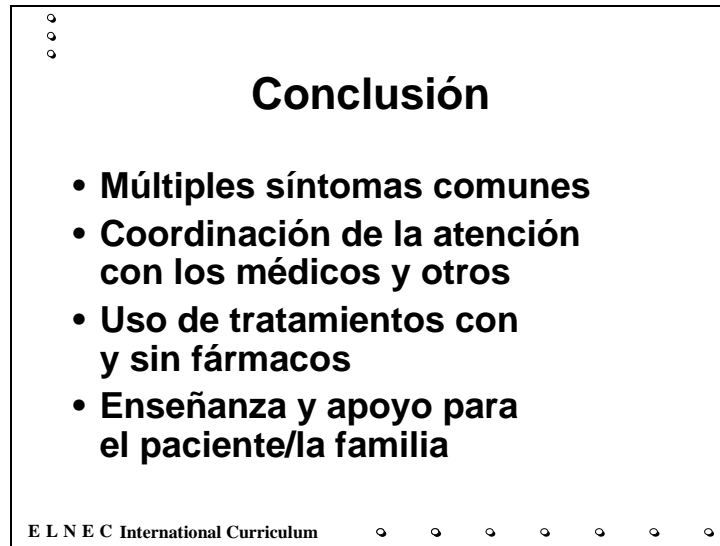
Papeles clave

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

ELNEC International Curriculum o o o o o o o

- 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



A presentation slide titled "Conclusión" (Conclusion). It features a bulleted list of four points. The slide has a white background with a black border. In the top left corner, there are three small circles. In the bottom left corner, it says "E L N E C International Curriculum". In the bottom right corner, there are seven small circles.

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

