

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

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 síntomas (VCUHS)	M3-127

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 disnea. Por lo tanto, no debe	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 de laboratorio

Clase de fármacos	Ejemplos	Mecanismo de acción	Dosis/Comentarios
	considerarse como un tratamiento de primera línea).		
Ansiolíticos no benzodiacepinas	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 benzodiacepinas y otros fármacos que son metabolizados por la enzima P 450.
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 anestesiar 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	Guaifenesina	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 crónica.

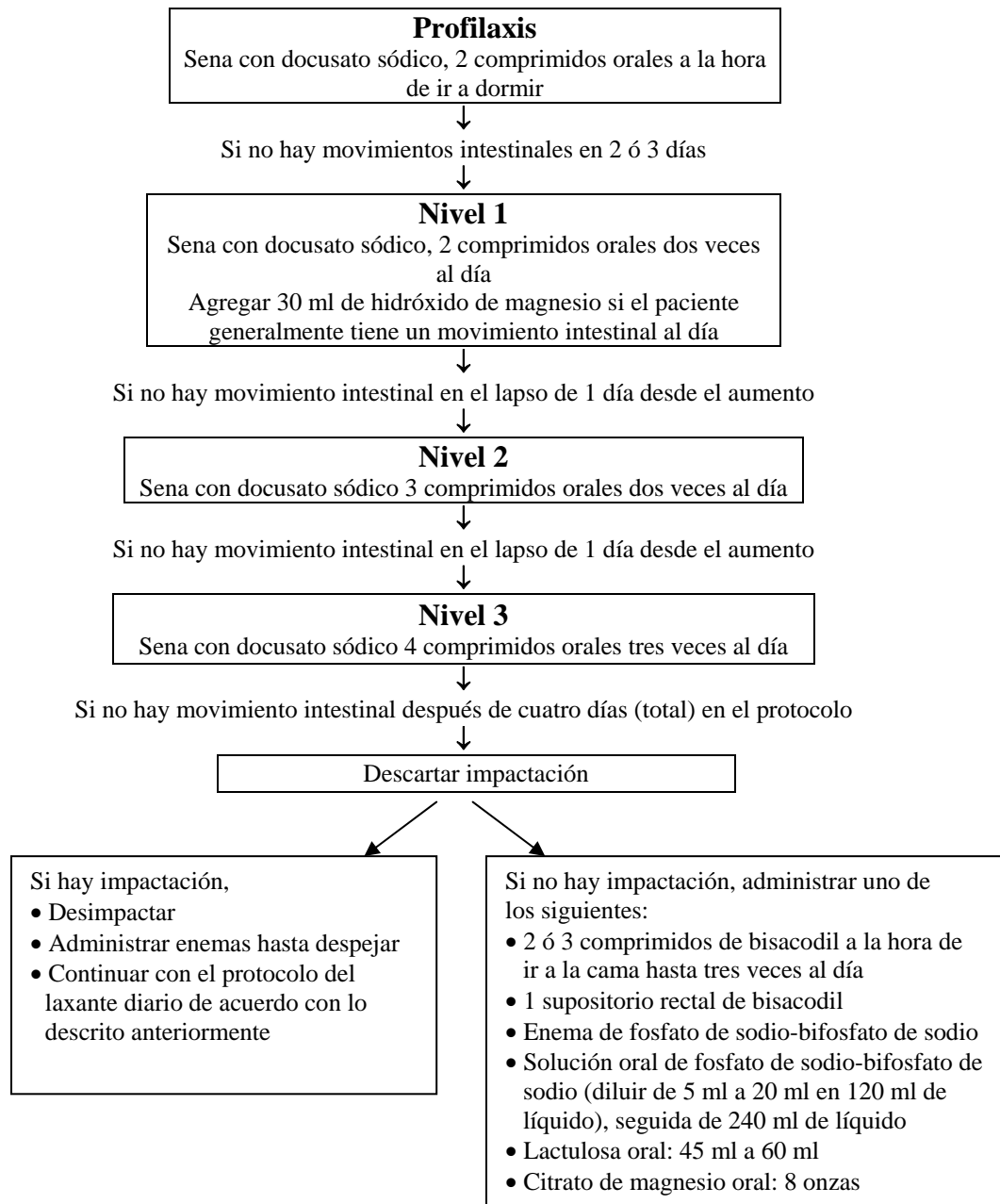
Módulo 3

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	Psyllium	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).
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	Eritropoyetina	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 (NE & 5HT). Es útil para la ansiedad y la depresión y actúa como los inhibidores selectivos	El fármaco venlafaxina también se utiliza para tratar los sofocos de calor, las dosificaciones deben modificarse si hay enfermedades renales y hepáticas.

Clase de fármacos	Ejemplos	Mecanismo de acción	Comentarios
	<ul style="list-style-type: none"> - Mirtazapina - Duloxetina <p>Otros: Bupropión</p>	<p>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 monoaminooxidasa. 3) Evite el uso con fármacos que disminuyen el umbral de las convulsiones (pacientes dependientes del alcohol o de las benzodiacepinas). <p>(Schatzberg et al., 2003)</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-benzodiacepinas	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 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</p> <p>Lorazepam</p> <p>Clonazepam</p> <p>Temazepam</p> <p>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</p> <p>Risperidona</p> <p>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		
		Oral: 100-250 mg every 3-4 hours Per rectum: 200 mg every 3-4 hours		
Trimethobenzamide		Oral: 100-250 mg every 3-4 hours Per rectum: 200 mg every 3-4 hours		
		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.
		Oral: 25-50 mg every 8 hours Per rectum: 25-50 mg every 8 hours Subcutaneous: 25-50 mg every 8 hours		
Cyclizine		Oral: 25-50 mg every 8 hours Per rectum: 25-50 mg every 8 hours Subcutaneous: 25-50 mg every 8 hours		
		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.
		Sublingual: 200-400 mcg every 4-8 hours Subcutaneous: 200-400 mcg every 4-8 hours Transdermal: 500-1500 mcg every 72 hours		

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	Metotrimeprazina		
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-tetrahydrocannabinol 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... Quédese 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. Yarbro, & 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 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 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 tense 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.

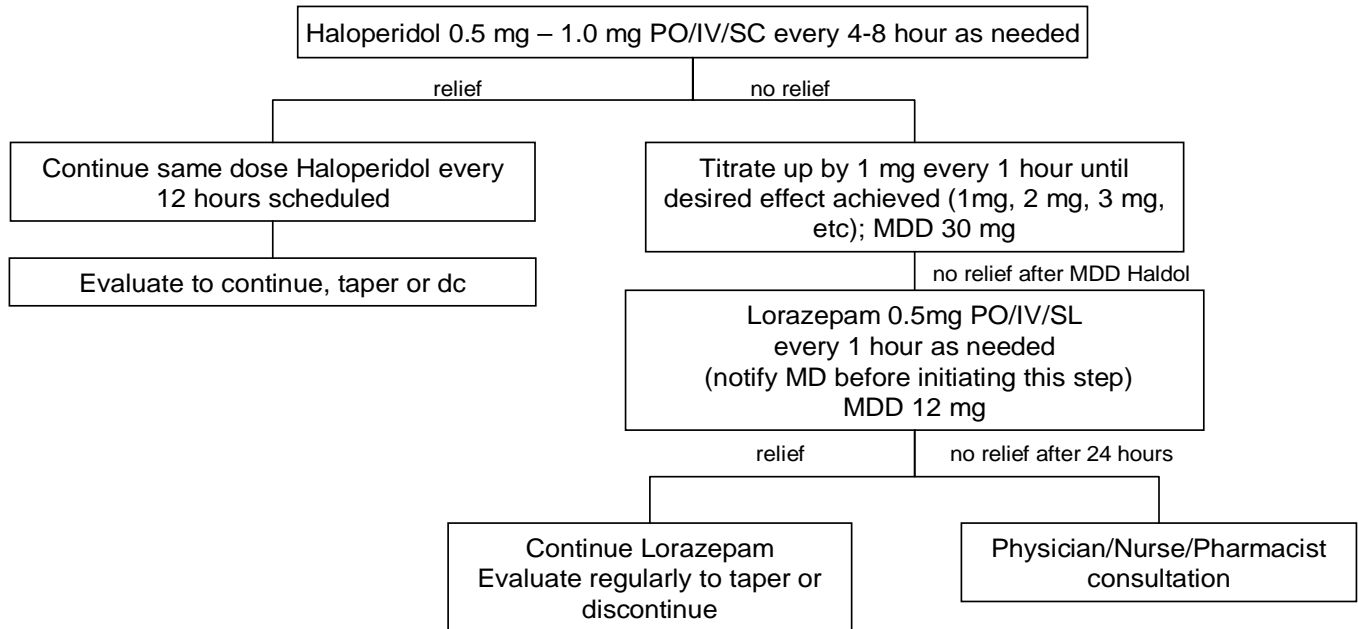
Algoritmos de los síntomas

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.

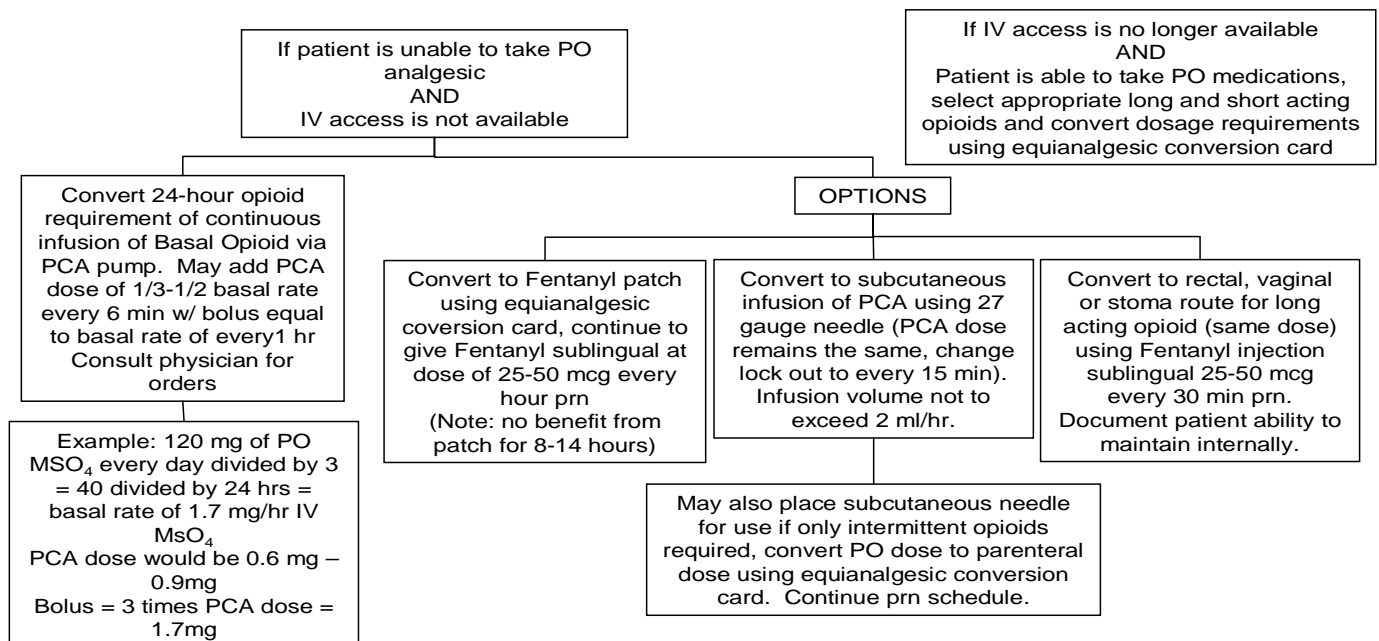
Agitación	M3-129
Vía alternativa para la administración de los opioides	M3-129
Anorexia	M3-130
Anuria	M3-130
Tratamiento de los espasmos de la vejiga	M3-131
Tratamiento de los intestinos – programa de atención gradual	M3-131
Candidiasis – Oral	M3-132
Candidiasis – Perineal	M3-132
Disnea	M3-133
Fiebre	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.



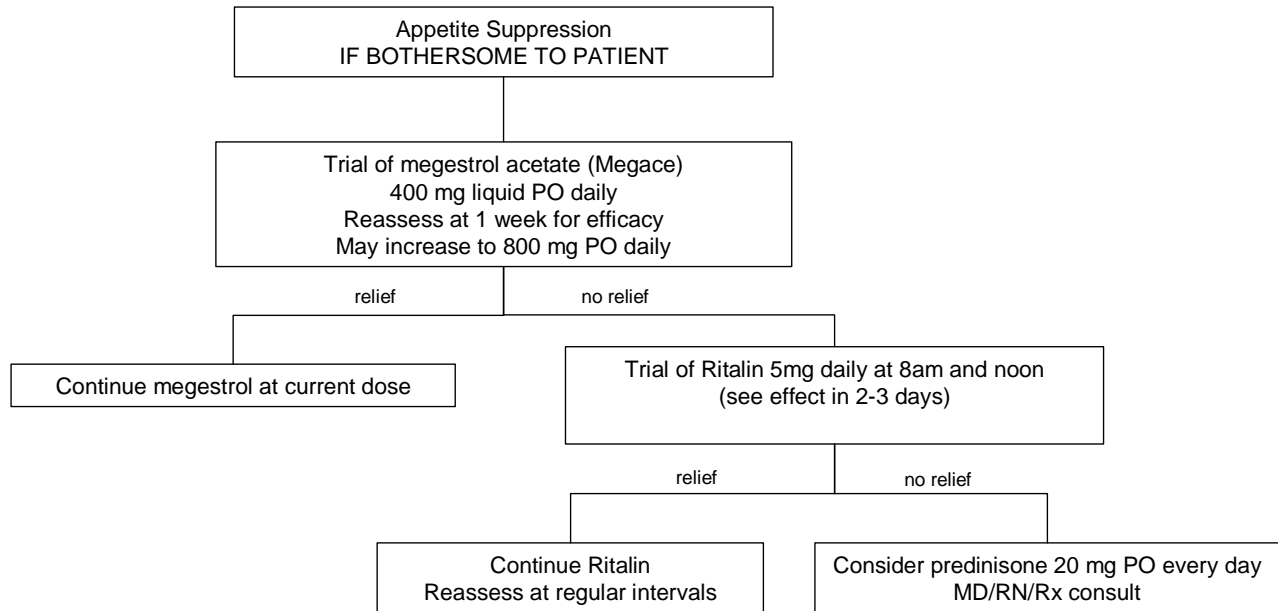
Alternative Route for Opioid Administration



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

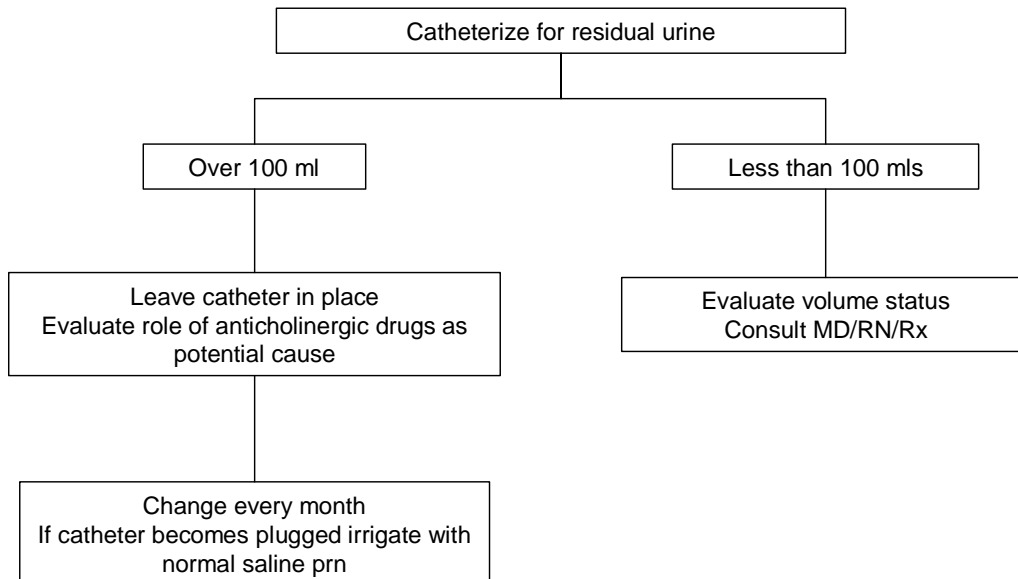
Anorexia

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



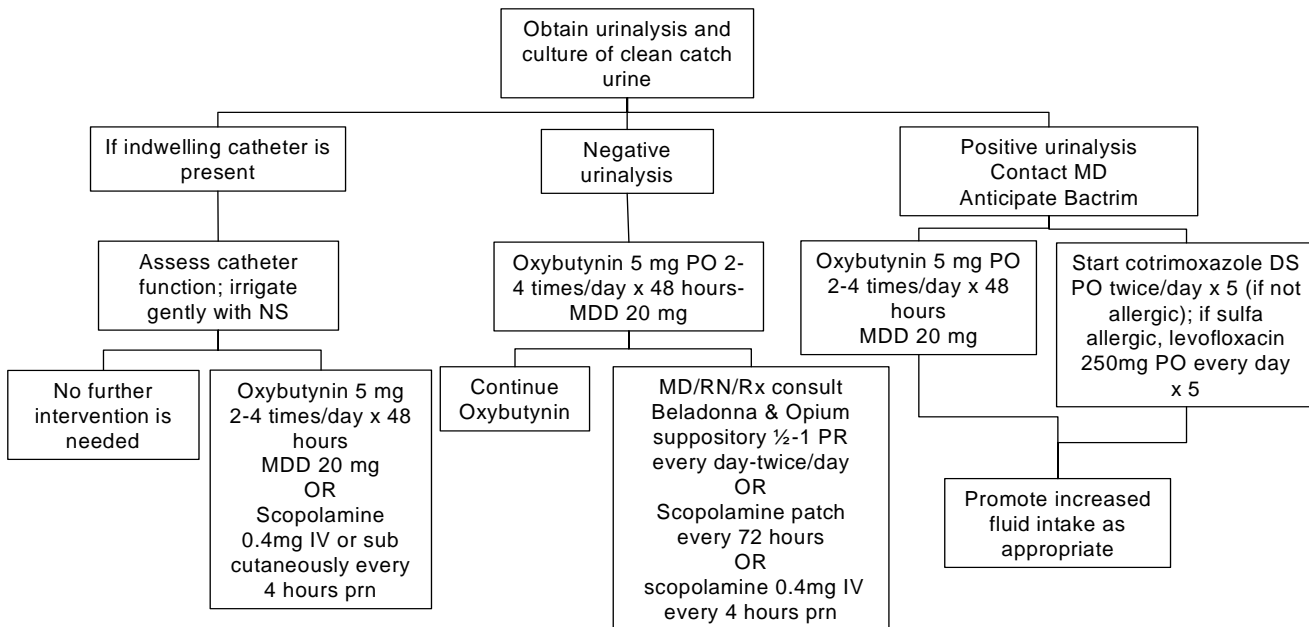
Anuria

Minimal to no urine output.



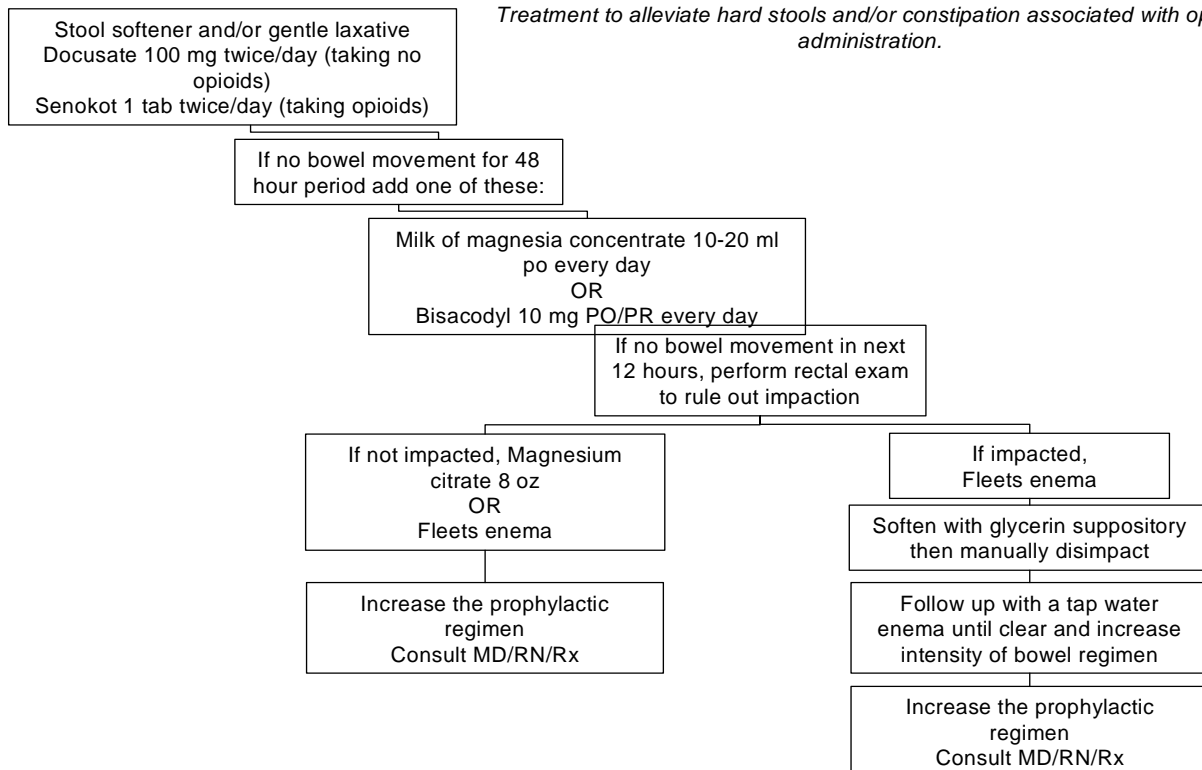
Bladder Spasms Treatment

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



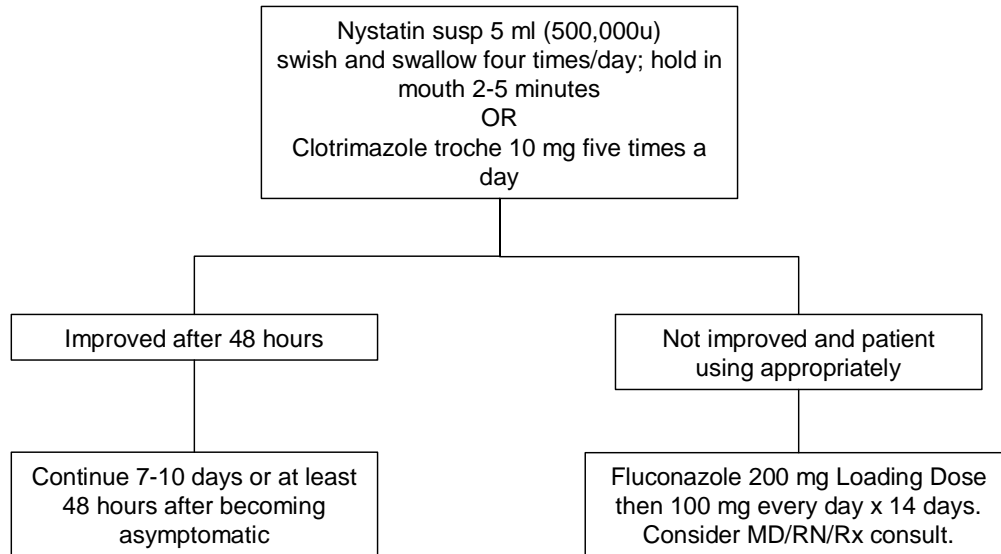
Bowel treatment – stepped care program

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



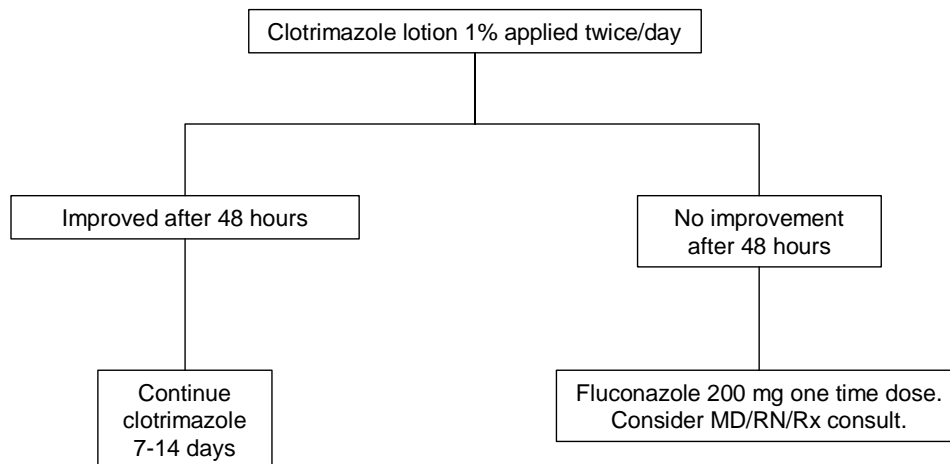
Candidiasis – Oral

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



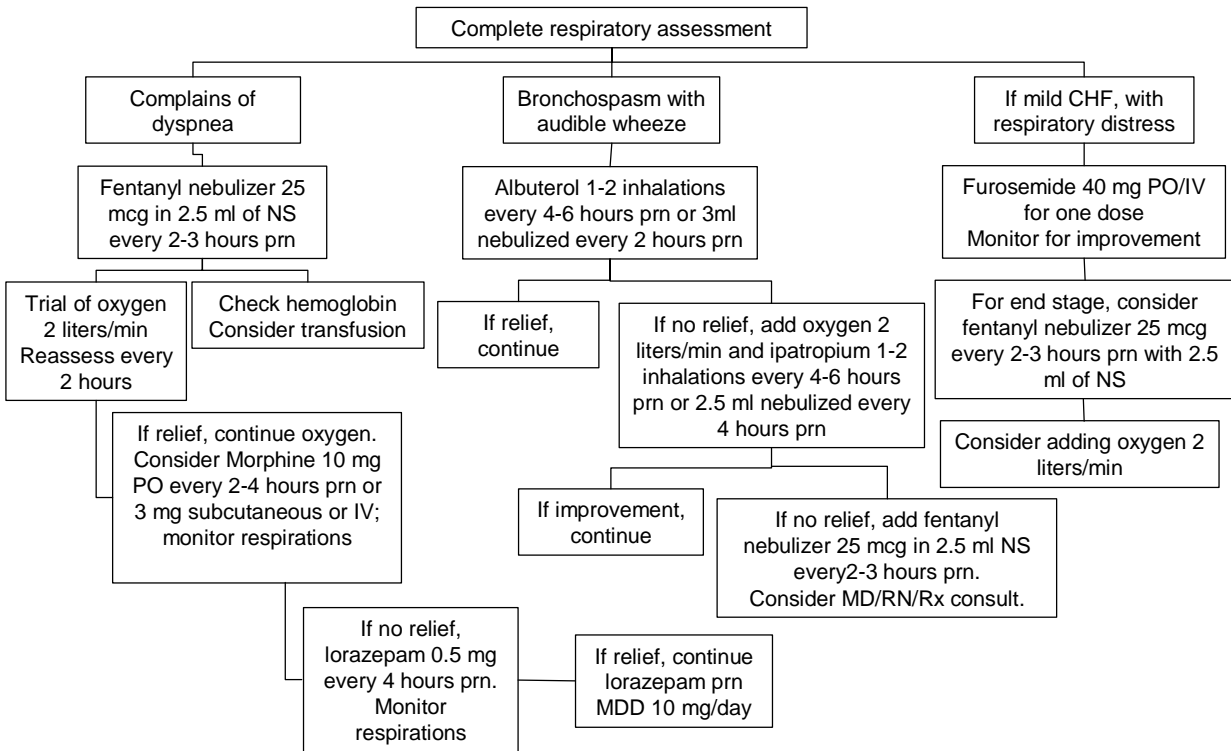
Candidiasis – Perineal

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



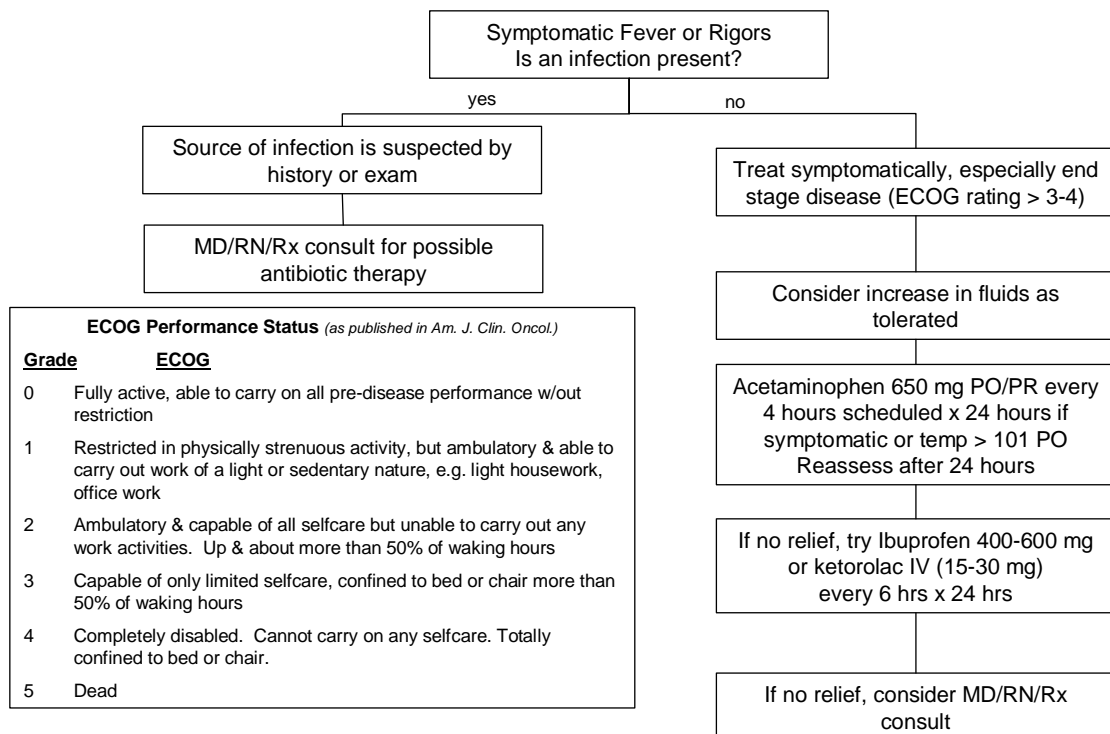
Dyspnea

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



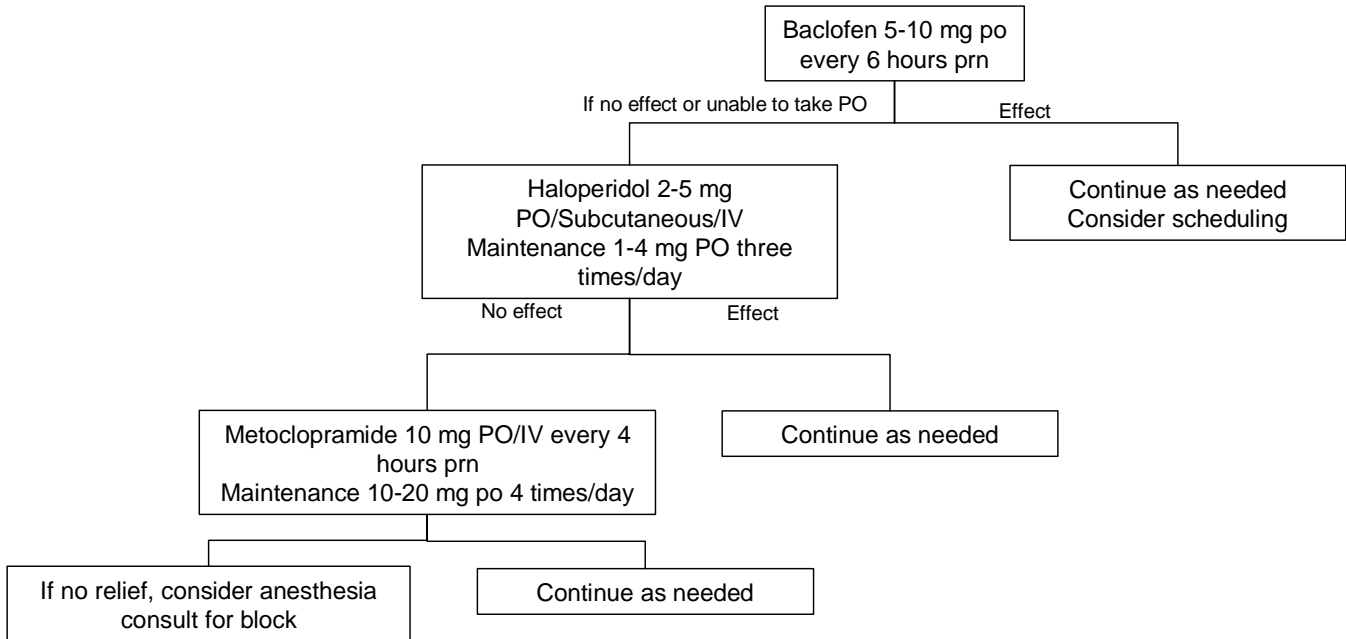
Fever

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



Hiccough

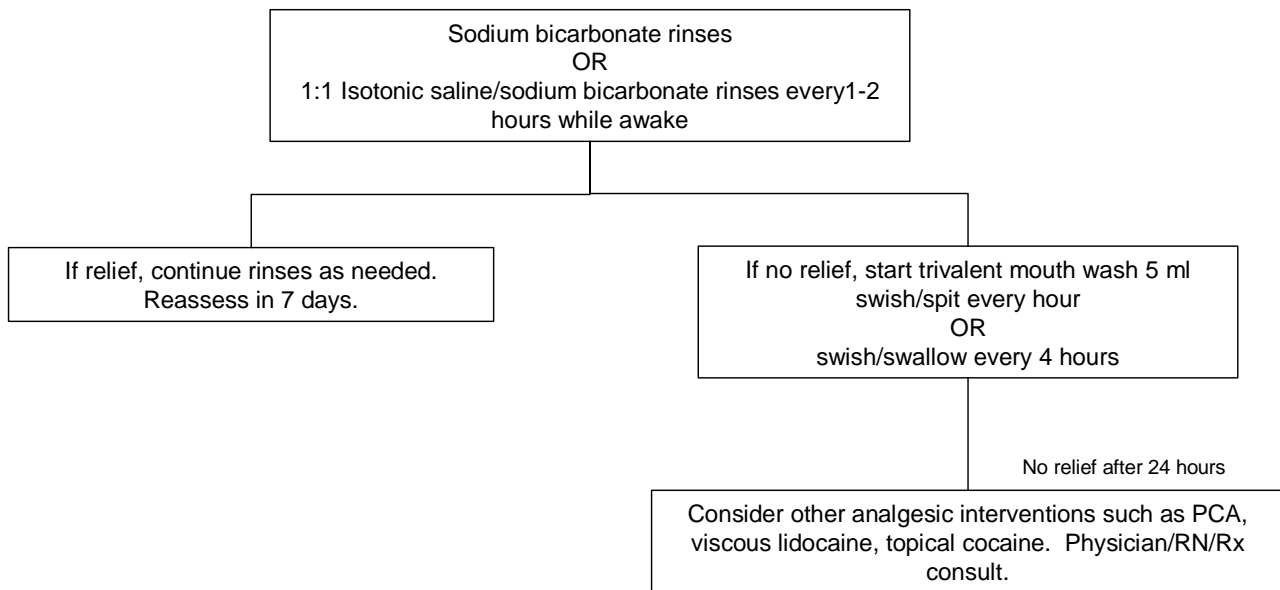
A spasmodic intermittent closure of the glottis following lowering of the diaphragm causing a short, sharp, inspiratory cough.



Mucositis

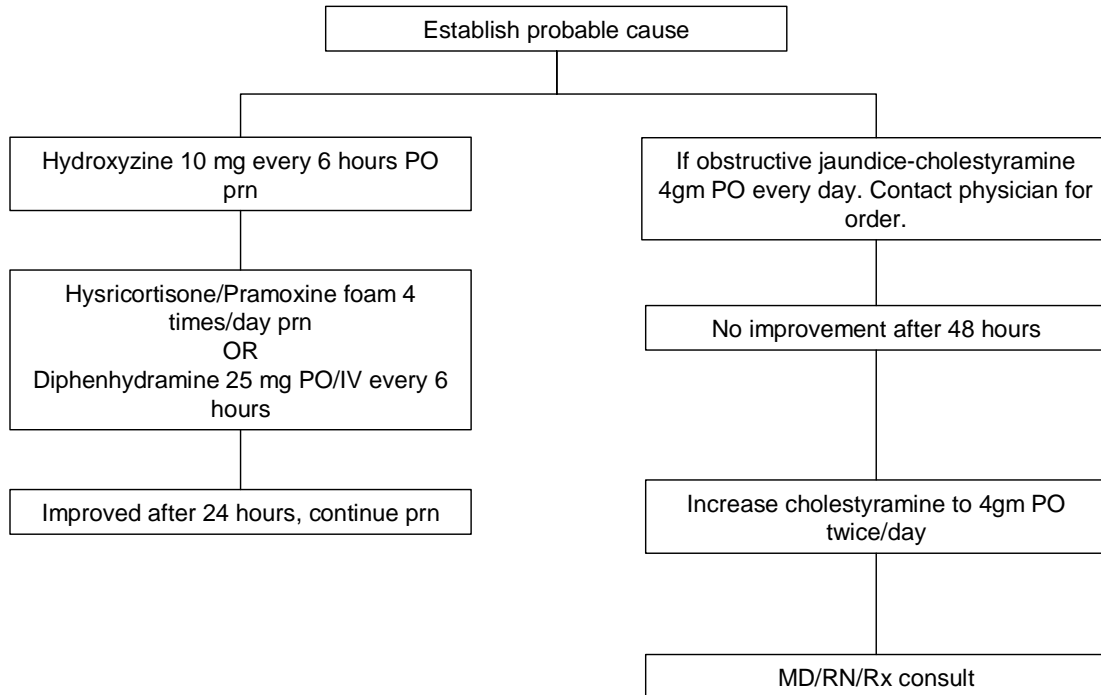
(without obvious infection)

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



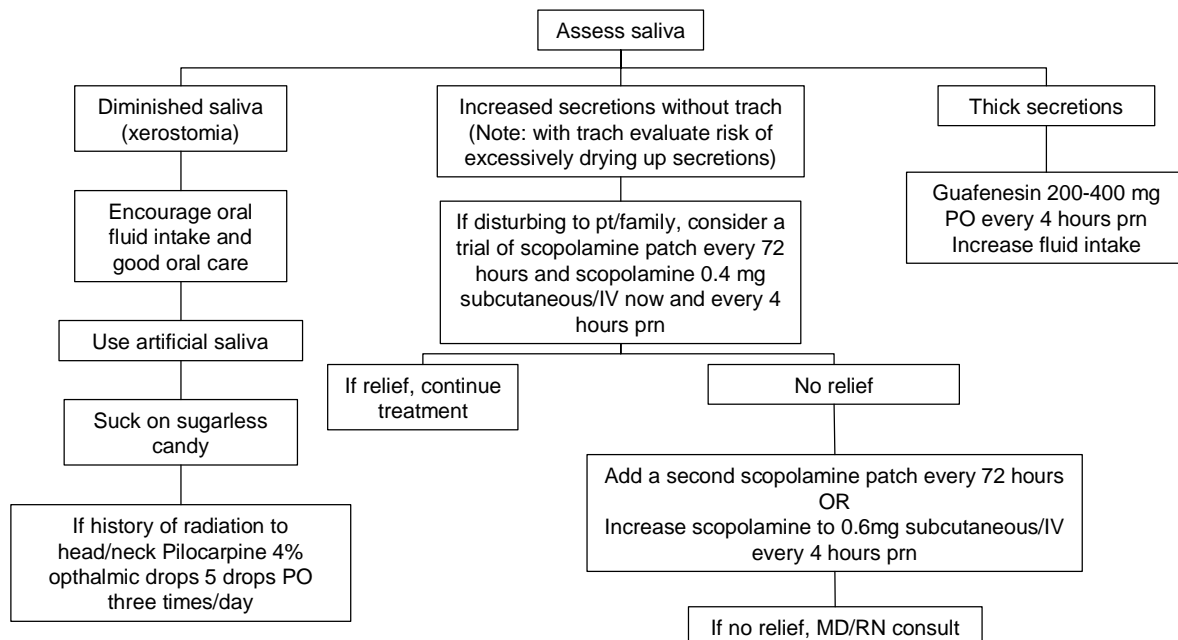
Pruritus

Severe itching.



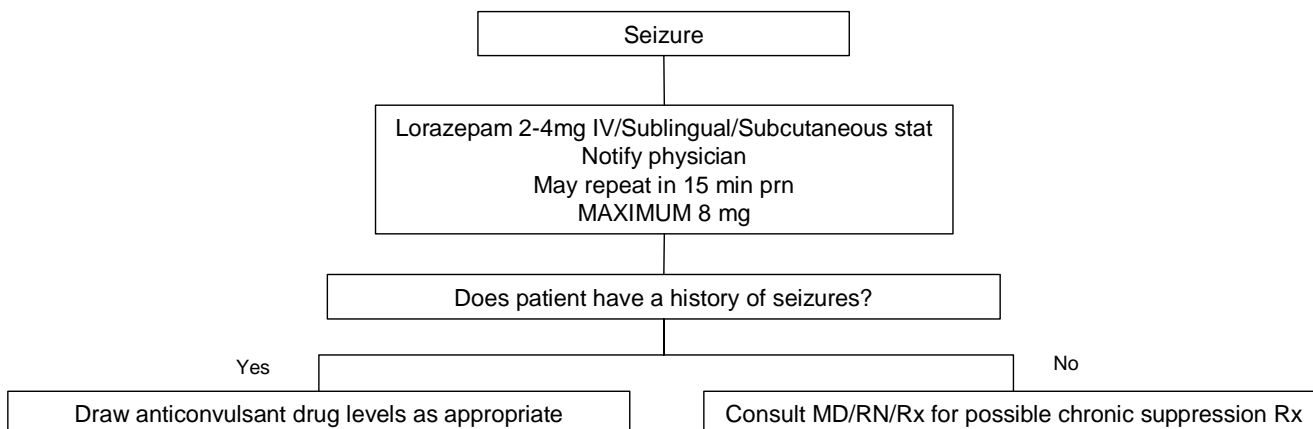
Secretions

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



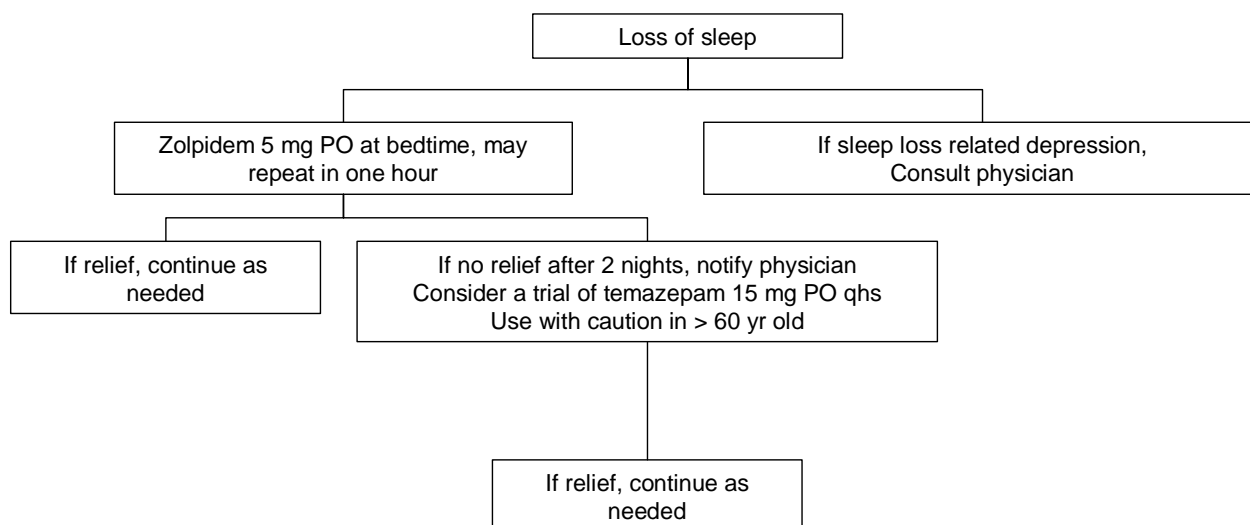
Seizures – Acute Management

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.



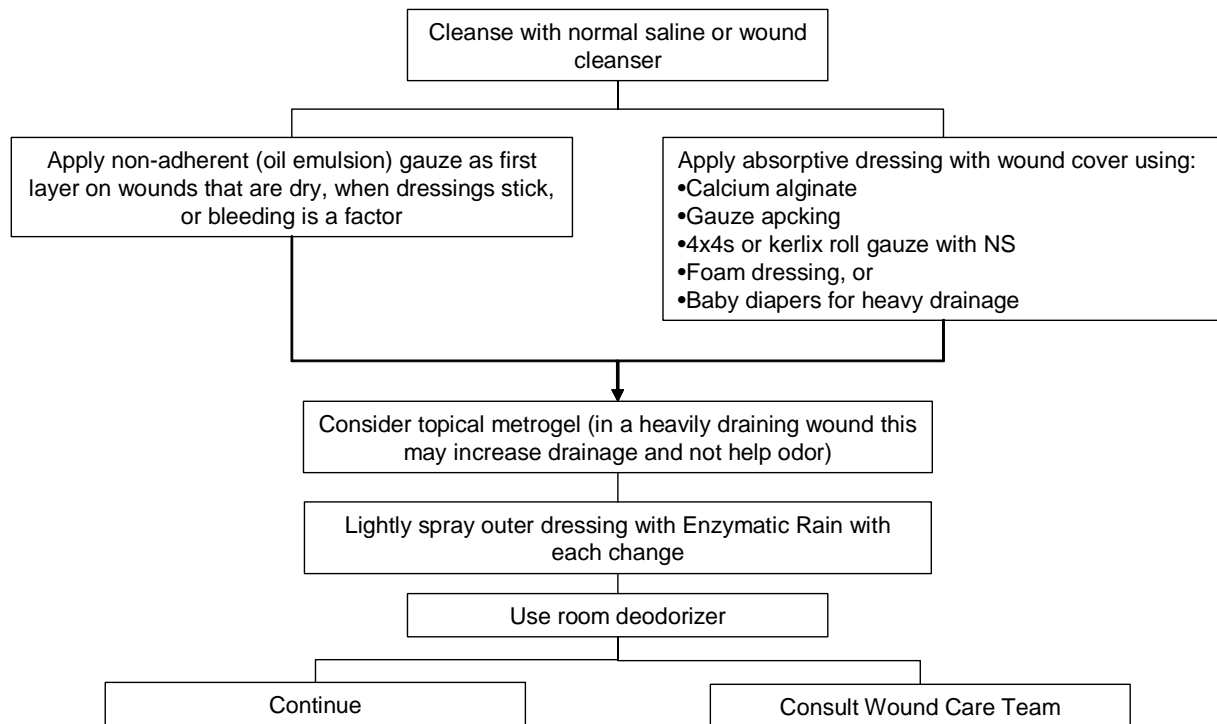
Sleep Disturbance (consider etiology, treat cause)

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.
- Bistran, 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., & Zylicz. (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.