

# PLAN de CUIDADOS

PLAN DE CUIDADOS AL PACIENTE

ONCOLÓGICO TERMINAL



*Atenció Primària*

INSALUD  BALEARS

COPYRIGHT  
GERENCIA ATENCION PRIMARIA  
INSALUD-BALEARES

Edita: Gerencia Atención Primaria  
C/ Reina esclaramunda, 9  
07003 - Palma de Mallorca

Depósito legal: PM- 482-1996

### **AUTORES:**

- Juana Muñoz Martínez (Enfermera CS Escola Graduada).
- Custodia García-Carpintero González-Mohino (Enfermera CS Esc. Graduada)
- Pilar Obrador Adrover (Enfermera CS Es Pla).
- Catalina Soler Rubi (Enfermera CS Muntanya).
- M<sup>a</sup> José Vicó Molina (Enfermera CS Camp Redó).

### **TUTORIZACIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO Y REVISIÓN DEL DOCUMENTO:**

- Antonia M<sup>a</sup> Tomás Vidal (Enfermera. Formación Continuada de Enfermería del Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca)
- Clara Vidal Tomás (Enfermera. Gabinete técnico-Gerencia de Atención Primaria de Mallorca).

### **REVISIÓN DEL DOCUMENTO:**

- Onofre Pons i Sureda (Oncólogo del Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca).

### **REVISIÓN ANEXO 3:**

- Carlos Rodríguez Moreno (Farmacólogo Clínico de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca).

### **COORDINACIÓN:**

- Dirección de Enfermería.
- Jaume Janer Mateu
- Rosa M<sup>a</sup> Company Bauça
- Margarita Servera Mir

# ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN . . . . .	6
II. UNIDAD DE CUIDADOS. DEFINICIÓN . . . . .	7
III. UNIDAD DE CUIDADOS. DESCRIPCIÓN . . . . .	9
IV. AFECTACIÓN DE LOS PATRONES DE SALUD . . . . .	10
V. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA. DEFINICIÓN . . . . .	17
VI. PLAN DE CUIDADOS . . . . .	21
VII. COMPLICACIONES POTENCIALES . . . . .	38
VIII. ANEXOS . . . . .	41
1. Cuidados de la piel . . . . .	42
2. Información y comunicación en la relación de ayuda . . . . .	44
3. Fármacos . . . . .	46
4. Alimentación en el paciente terminal . . . . .	49
5. Cuidados de la boca . . . . .	52
6. Enemas . . . . .	54
7. Técnicas no invasivas de alivio del dolor y del estrés . . . . .	55
8. Hoja de valoración del dolor. Escalas de valoración del dolor . . . . .	59
9. Medidas para el ahorro de energía física . . . . .	61
10. Escala de Karnofsky para la valoración de la capacidad funcional. . . . .	62
11. Valoración del nivel de conciencia . . . . .	63
IX. BIBLIOGRAFÍA . . . . .	64

*Aquests plans de cures que es presenten a continuació són fruit de l'entusiasme i esforç d'un bon grapat d'infermeres de Mallorca, a les quals volem, abans de tot, retre un reconeixement.*

*Són, clarament, una obra de maduresa, perquè només des de l'experiència i la reflexió sobre el treball diari es pot veure la necessitat d'abordar la sistematització de les atencions, mitjançant instruments adaptats al nostre medi. Però cal dir, també, que és un producte jove, i per tant atrevit, ja que és un primer intent d'adaptar línies de treball novedoses que s'hauran d'anar enriquint, cribant i adaptant a les altres eines i hàbits de feina ja implantats.*

*De la seva lectura se'n desprenen, per tant, ambdues particularitats: la de l'esforç per entrar en tots els detalls a considerar en l'atenció d'infermeria als pacients característics i al seu entorn, i la utilització d'una metodologia i un llenguatge que pot sorprendre a part del col·lectiu sanitari.*

*L'èxit d'aquestes propostes, consistirà en la seva acceptació com a eina de treball, trobant la seva idònia ubicació entre les altres que són vigents: protocols, programes..., en la capacitat d'adaptació per a convertir-se en suport del treball interprofessional i d'equip i en el convenciment que, per damunt de qualsevol altra qüestió, existeix la necessitat del treball ben fet, com exigeix el respecte als nostres malats.*

**Gerència d'Atenció Primària.**

La elaboración del presente plan de cuidados, ha nacido del interés y esfuerzo realizado por los profesionales de enfermería, al pretender dar un enfoque científico y responsable al trabajo que desarrollan cotidianamente.

Los planes de cuidados son pautas detalladas para orientar a las enfermeras/os para intervenir en una situación seleccionada, y que basan su estructura en el proceso de atención de enfermería.

Los objetivos que pretenden son:

- \* Sistematizar los cuidados de enfermería.
- \* Facilitar la utilización de una metodología científica.
- \* Posibilitar la definición de normas de calidad de enfermería.

Debido, a la falta de experiencia actual en el trabajo con planes de cuidados e intentando aportar la máxima información a los profesionales que los van a utilizar, se ha optado por estructurarlos con el siguiente guión:

- \* Definición de la unidad de cuidados; que nos ayuda a la uniformidad de criterios.
- \* Finalidad del plan de cuidados; ¿qué se pretende conseguir?.
- \* Descripción detallada de la unidad de cuidados (paciente tipo, epidemiología, fisiopatología, tratamiento habituales, patrones de salud alterados, etc, etc...)
- \* Valoración.
- \* Problemas de salud detectados. Diagnósticos de enfermería.
- \* Plan de cuidados, que consta de:
  - Diagnóstico de enfermería.
  - Criterios de resultado.
  - Actividades.
- \* Complicaciones potenciales.
- \* Inclusión de una serie de anexos que aportan información sobre técnicas, enseñanzas a los pacientes, etc...

Para la fase de valoración, se han utilizado los patrones funcionales de M. Gordon, que permiten orientar a la enfermera-o respecto a los datos que debe recoger. Para la selección de diagnósticos de enfermería, se ha tenido en cuenta la taxonomía de diagnósticos de enfermería de la North American Nursing Diagnosis y la aplicación que hacer de ellos, Gordon (1982) y Carpenito (1983).

Las actividades e intervenciones han sido elaboradas por las autoras del documento adaptándolas a la situación de la Atención Primaria de Mallorca.

La evaluación, se ha realizado mediante criterios de resultado del paciente, por considerar que es la que más facilita la evaluación operativa.

En la situación actual, donde el valor del "trabajo bien hecho" se hace cada vez más exigente, es necesario, sino imprescindible, la aplicación de planes de cuidados, con el fin de proporcionar los servicios de calidad que nuestros pacientes necesitan.

**Las Autoras**

*"Si ellos no sufren, si están instalados cómodamente, si son cuidados con cariño y si se tiene el coraje de llevarlos a sus casas -a todos en la medida de lo posible- entonces nadie protestará frente a la muerte"*

E. Kübler-Ross

## I. INTRODUCCIÓN

En España se producen unas 80.000 muertes anuales por cáncer, representando un 25% de todas las causas de muerte. Este hecho, unido al aumento de muertes por SIDA hace que las enfermeras debamos proporcionar cuidados, cada vez con mayor frecuencia, a pacientes en **situación terminal**, observando el proceso de morir muy de cerca, lo que constituye un auténtico reto, que se puede afrontar con trabajo diario, esfuerzo, formación y humanidad.

El marco ideal para el desarrollo de estos cuidados, siempre que exista un soporte familiar adecuado, lo constituye el **domicilio** del paciente donde le podremos ayudar a conseguir una muerte más digna, rodeado de sus seres queridos.

El objetivo prioritario de nuestra atención será proporcionar el máximo grado de comodidad, apoyo emocional y soporte práctico; teniendo muy presente que la **unidad a tratar es el paciente y su familia**. Por una parte, será necesario formar y ayudar a la familia para que pueda tener un papel activo en la planificación y ejecución de los cuidados, y por otra, será receptora de cuidados, intentando disminuir el impacto emocional al que se ve sometida.

Cuidar a los pacientes en la fase final de su vida es para las Enfermeras motivo de gratificación profesional, y además como personas nos enseña a amar más la vida y nos ayuda a superar nuestros propios prejuicios y temores sobre la muerte.

## II. UNIDAD DE CUIDADOS. DEFINICIÓN.

Entendemos por paciente oncológico en fase terminal de su enfermedad cuando concurren los siguientes elementos:

- Presencia de una enfermedad oncológica avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- Pronóstico de vida inferior a seis meses.

Este plan de cuidados va dirigido al paciente oncológico terminal y su familia.

En la atención domiciliaria del enfermo terminal tendremos en cuenta una serie de aspectos que nos van a indicar si dicha atención en el domicilio va a ser posible:

Aceptación del enfermo, existiendo un proceso respetuoso que permita que no decidamos nosotros por él. En este punto hay que tener en cuenta el rol que desempeñaba el paciente en el núcleo familiar antes de su enfermedad ya que esto influirá en su necesidad y deseo de ser atendido en el hospital.

Soporte familiar adecuado (entendiendo a la familia en su sentido más amplio: otros familiares que no conviven con el paciente, amigos, vecinos) debiendo averiguar si existe entre ellos una persona que esté capacitada práctica y emocionalmente para responsabilizarse y tener el máximo protagonismo en el cuidado del enfermo, y que sería quien asumiría el rol de cuidador primario (la mayoría de las veces, el 80%, son mujeres). Es muy importante valorar que capacidad de aprendizaje tiene el cuidador primario y que información asimila, ya que muchas veces existen interpretaciones erróneas de la información, lo cual provoca equívocos en la administración de cuidados. La disponibilidad de tiempo sería otro factor importante a tener en cuenta (situación laboral, otras cargas familiares,...) así como unos recursos económicos suficientes, por si se tuvieran que afrontar otros gastos derivados del cuidado del enfermo.

Las condiciones de la vivienda deberán ser adecuadas para que permitan proporcionar al enfermo vivir con el mayor grado posible de comodidad. Para ello se tendrán en cuenta aspectos como: número de habitaciones en relación con el número de personas convivientes, luminosidad y ventilación, disponibilidad de agua corriente y caliente. Además será importante la adaptabilidad del entorno, sin obstáculos o barreras arquitectónicas que dificultan la salida al exterior, o el movimiento dentro de la propia vivienda.

Será necesaria la existencia de un Equipo interdisciplinar (enfermeras, médicos y asistentes sociales como elementos básicos) coordinados con el equipo de PAC (informe escrito del plan de actuación, comentario de los casos si es necesario...), todos ellos con formación específica que garanticen una atención continuada, estableciéndose previamente con el enfermo y su familia las actuaciones en situaciones previsibles.

Recursos sociales (Asociación de ayuda contra el cáncer, administraciones locales, Cruz Roja, asociaciones religiosas, voluntariado, O.N.G.) coordinados con el equipo, que nos ayuden a cubrir, si es preciso, las necesidades del enfermo y de su familia.

### III. UNIDADES DE CUIDADOS. DESCRIPCIÓN.

#### HISTORIA NATURAL DEL CÁNCER

Las causas por las que se desarrolla un tumor maligno son variadas, complejas y en algunos casos aún no muy conocidas. Los factores causales pueden ser de dos tipos:

**Exógenos:** físicos (radiaciones) o químicos, entre ellos destacan sobre todo el tabaco (es el factor más importante) y las sustancias derivadas de la producción industrial (colorantes, pesticidas...).

**Endógenos:** alteraciones inmunitarias, trastornos metabólicos, patologías cromosómicas y circunstancias complejas a nivel nuclear-celular en el sistema de los oncogenes.

A partir de un pequeño acúmulo microscópico de células malignas se va produciendo por multiplicaciones sucesivas el tumor maligno, que tiene la propiedad de invadir y destruir todo el tejido sano que le rodea y escaparse a través de los vasos linfáticos y sanguíneos, colonizando a distancia del tumor original y formando las denominadas metástasis.

La duración de la historia natural de un tumor desde la mutación de la primera célula hasta la muerte del paciente, es variable dependiendo del tiempo de duplicación celular (tiempo necesario para que un tumor duplique su tamaño).

Existen tumores muy agresivos como en las leucemias que se duplican muy rápidamente y su historia natural es corta pues llegan en poco tiempo a una masa tumoral crítica incompatible con la vida. Otros como los adenocarcinomas de próstata se duplican más lentamente y su historia natural es mucho más larga pudiendo durar años.

En el crecimiento del tumor existe primero una etapa preclínica, asintomática, siendo el tumor de pequeño tamaño. En esta etapa el diagnóstico precoz es importante para mejorar el pronóstico e incluso la curación del tumor.

En la etapa clínica se manifiestan los síntomas clínicos (astenia, dolor, estreñimiento, insomnio, anorexia, boca seca, disnea, ansiedad, tos, náuseas y vómitos, depresión..) se desarrollan las metástasis y se siguen duplicando las células hasta que hacen el tumor incompatible con la vida.

## IV. AFECTACIÓN DE LOS PATRONES DE SALUD

### 1. Percepción-mantenimiento de la salud.

Los problemas y alteraciones que podamos encontrar van a depender mucho del grado de información y comunicación que tengan el paciente y su familia con el equipo sanitario.

Normalmente el paciente siente que su enfermedad empeora cada vez más, apareciendo nuevos síntomas y sintiendo debilitado su estado general. El grado de capacidad funcional empieza a descender, llegando a necesitar la ayuda de familiares o amigos cercanos para poder realizar las tareas de higiene, alimentación, y otros cuidados que hasta ahora podía realizar él solo.

Si la información no se ha trabajado bien existirá, tanto en el paciente como en la familia, inseguridad, falta de confianza en el Equipo y miedo a sufrir situaciones que conocen por la experiencia de otros. De igual modo, una familia con accesibilidad fácil a la información de lo que está sucediendo es más eficaz con el enfermo y colabora mejor en los cuidados de éste.

### 2. Nutricional-metabólico

El paciente terminal suele tener muchas alteraciones relacionadas con la nutrición. La que se da con mayor frecuencia es la falta de apetito, que junto con las náuseas y vómitos contribuye a una pérdida de peso y un deterioro físico importante.

A esos problemas habría que añadir las lesiones dentro de la cavidad oral, que van desde infecciones, producidas por hongos, bacterias o virus, hasta problemas de boca seca y halitosis. Tales lesiones perjudican muy directamente la nutrición oral, agravando la anorexia y la caquexia.

### 3. Eliminación

El funcionamiento de este patrón depende del nivel evolutivo de la enfermedad, del estado mental y de conciencia, de la función renal e intestinal, del estado de las vías urinarias, de la capacidad funcional de los músculos perineales y de los hábitos dietéticos.

A) intestinal: En el 60% de los casos los pacientes van a presentar estreñimiento, aumentando hasta un 80% en los casos en que exista tratamiento con opiáceos. El estreñimiento va a provocar en los pacientes una serie de molestias como: distensión abdominal, dolor a la defecación, fecaloma, mal sabor de boca, lengua saburral, retortijones e incluso náuseas y vómitos en casos extremos.

En otros casos encontraremos diarreas, que pueden alternarse con cuadros de estreñimiento, y obligar al paciente al uso de absorbentes, limitando así su independencia.

B) urinaria: Las alteraciones más frecuentes que nos vamos a encontrar serán retención urinaria, incontinencia total o por goteo, urgencia miccional, poliuria, disuria y oligoanuria, situaciones que pueden obligar al paciente al uso de absorbentes, sondajes o colectores.

Dentro del grupo de pacientes diagnosticados de neoplasia de intestino o vejiga se encuentran un elevado número a los que se les ha tenido que realizar una ostomía (colostomía, urostomía o ileostomía) y que al precisar del uso de dispositivos adecuados pueden presentar otros problemas derivados de ello: dermatitis en la zona de alrededor del estoma, sensación de ruidos y olor desagradable produciendo una situación incómoda que puede llevar al paciente a evitar las relaciones con otras personas, problemas para colocar la bolsa correctamente en estoma cercano a prominencias óseas si es que ha habido pérdida de peso importante.

#### 4. Actividad-ejercicio

El paciente terminal, al encontrarse en una situación avanzada de su enfermedad con posible afectación de diversos órganos, experimenta signos y síntomas que le limitan total o parcialmente para realizar actividades de la vida diaria. En general, si no lo han hecho ya, se ven obligados a cesar en su actividad laboral o en la realización de las tareas del hogar si es que desempeñaban ese rol.

La diversión y actividades de ocio se verán modificadas en la medida que precisen más o menos energía e independencia para realizarlas.

#### 5. Descanso-sueño

En general, la enfermedad aumenta en el individuo las necesidades de sueño y descanso. Un control ineficaz o insuficiente de los síntomas en la etapa terminal unido al estado psicológico y emocional que sufre el paciente puede obstaculizar considerablemente la satisfacción de las necesidades de sueño durante la noche y de descanso durante el día. De igual modo puede verse afectada la familia al influir en su descanso los trastornos de sueño del paciente.

Múltiples factores van a ser los causantes de dichas alteraciones, siendo algunos de ellos:

- Ambientales: como el ruido, la excesiva iluminación, incomodidad en la cama, exceso de visitas..
- Físicos: con dificultad para respirar, dolor nocturno, incapacidad para moverse en la cama o inactividad diurna.
- Psicológicos: miedo a lo desconocido, preocupación por la situación, ansiedad.

## 6. Percepción-sensorial

El paciente en estadio terminal puede recorrer los diferentes estados de conciencia o permanecer consciente y orientado y ser autosuficiente en cuanto a los cuidados básicos de sí mismo. La ansiedad, el estrés o el miedo pueden llevar al paciente a una falsa interpretación de los estímulos externos y a perder el contacto con lo real, produciendo alteraciones en los procesos del pensamiento.

Diversos factores pueden afectar al estado de conciencia o alerta (edad avanzada, tumores cerebrales, tratamiento con opioides, aislamiento,...) provocando estados de desorientación o confusión.

Asimismo pueden estar afectados los órganos de los sentidos, con pérdida de la visión, hipoacusia, anosmia, pérdida de sensibilidad en extremidades. Muy frecuentemente vamos a encontrar alteraciones del gusto provocadas, la mayoría de veces, por sequedad de boca, estomatitis, estreñimiento, náuseas, vómitos y por el uso de fármacos (anticolinérgicos, antidepresivo...).

La comunicación verbal puede verse alterada e incluso anulada, precisando mecanismos alternativos de comunicación.

El dolor que sufren los pacientes con enfermedad terminal, es un dolor crónico acompañado de una gran carga emotiva y que puede verse disminuido cuando el enfermo está concentrado en otros temas. No olvidemos que el dolor que sufre el paciente terminal tiene un fuerte componente psicológico y suele ir acompañado de ansiedad y depresión, que a su vez, exacerba el dolor.

Otros factores modifican el umbral del dolor, bien elevándolo como el alivio de síntomas, el sueño, el descanso, la simpatía, la comprensión, la distracción, la evaluación del estado de ánimo, bien descendiendo como las molestias, el insomnio, la fatiga, el temor, el miedo y la cólera.

## 7. Autoestima

Como se ha dicho anteriormente este paciente sentirá amenazada su autoestima principalmente por las pérdidas que experimenta:

- pérdida de la imagen física por amputaciones (mastectomía, colostomía), efectos del tratamiento, caquexia.
- pérdida de los roles que desempeñaba anteriormente tanto laborales como familiares.
- pérdida de la independencia, pues en muchas ocasiones estos pacientes precisarán de la ayuda de los demás para realizar las actividades de la vida diaria.

Además, este concepto de sí mismo, estará influido por las opiniones que las personas cercanas al paciente tengan de él. Si son buenas y le permiten intervenir en la toma de decisiones aumentarán la autoestima, en caso contrario si se excluye al paciente de la toma de decisiones la autoestima disminuirá. Por otra parte, esta autoestima también estará influida por los valores y creencias predominantes en el entorno del paciente, el grado de adscripción y participación en las mismas y por las creencias y valores del paciente.

## 8. Rol-relaciones

El paciente experimenta un deterioro personal que dificulta la relación social laboral y familiar, modificando las responsabilidades que mantenía hasta el momento. Dependiendo del rol que el paciente asumía dentro del grupo familiar antes de la enfermedad, será mayor o menor la repercusión sobre dicho grupo, ya que es diferente que enferme la persona que asume mayores cargas familiares a que lo haga otro miembro con un rol más dependiente. En el seno de la familia se crea una situación nueva, la mayor parte de las veces desconocida, que va a exigir cambios en los roles de sus componentes (p.e. la madre que tiene que hacer también de padre, o el hijo mayor que tiene que hacer de jefe de grupo familiar...)

La incapacidad para continuar con su actividad laboral supone la pérdida de relaciones sociales, desarrollo personal y seguridad en el aspecto económico.

A menudo el paciente entra en un progresivo aislamiento social motivado por su afectación emocional, por las limitaciones originadas por su deterioro físico y por las dificultades que tienen los demás para relacionarse con enfermos que viven un proceso próximo a la muerte.

## 9. Sexualidad

Casi con toda seguridad este paciente tendrá alterado su patrón sexual y sobre todo en ciertos tipos de neoplasia.

Este patrón estará alterado en la mayoría de nuestros pacientes por incomodidad, debilidad, afectación psíquica y física, etc.

## 10. Adaptación al estrés

La situación de enfermo terminal produce en el paciente una reacción de estrés o impacto emocional. Algunos de los estímulos que en el contexto de enfermedad terminal suelen originar estrés son: expresión preocupada del profesional, forma y contenido del mensaje por el que se le comunica el diagnóstico (si se le comunica), la incomodidad, las pérdidas tanto de roles como de imagen física, la dependencia de los demás y las reacciones de amigos y familiares que pueden producir incomunicación, soledad y aislamiento.

Este estado de estrés, es experimentado por el paciente como altamente desagradable y produce en él:

- Incertidumbre como resultado de la imposibilidad de predecir acontecimientos, debidos en parte a la falta de información que puede tener el enfermo, sobre todo en relación con su enfermedad.
- Pérdida del control, que se traduce en sentimientos de indefensión o de incapacidad para influir sobre los acontecimientos.
- Sentimientos negativos como ansiedad, depresión, miedo o incluso pánico, sentimientos de aislamiento, que aumentan con la pérdida de control y con él la ansiedad y la tristeza. Los intercambios afectivos paciente-familia decrecen, se siente incomprendido o no querido con problemas para expresar ansiedad y tristeza sobre todo en instituciones donde son privados de su intimidad. Estos sentimientos negativos aumentan si no se suprimen los sufrimientos físicos.
- Amenazas a la autoestima, por pérdidas del propio cuerpo, de roles familiares y laborales y alteraciones en las relaciones sexuales.

Al presentarse reacciones de estrés y ansiedad las personas suelen utilizar diferentes estrategias para reducir los efectos negativos, pero la mayoría de los pacientes terminales tratan de resolver el problema combinando reacciones racionales y emotivas. El modo de enfrentarse al temor de morir depende de la propia seguridad asistencial, del grado de desarrollo personal, de las creencias dominantes en su entorno y el grado de participación y adscripción en los mismos y de la firmeza de sus convicciones.

El enfermo emplea diferentes estrategias, como son la búsqueda de información, de apoyo y comprensión que le ayuden a combatir sentimientos negativos y a fortalecer su control sobre la situación. Atribuye a causas concretas los efectos negativos que percibe; puede manifestar actitudes impulsivas como ira, desconsuelo, gritos, gemidos y llanto o de evitación, con una actitud pasiva y distante ante los acontecimientos y rechazo a reflexiones sobre la situación o a sentirse implicado en los problemas que la misma plantea, o bien afrontar activamente la situación, controlándola y buscando soluciones a sus problemas.

Igual que con el paciente, el impacto de la enfermedad sobre el ambiente familiar puede estar afectado por diferentes aspectos, según los factores predominantes, que pueden estar tanto en relación con la enfermedad misma, como en relación con el entorno social y circunstancias del enfermo. Las grandes preocupaciones o fuentes de estrés de los familiares que comparten los últimos, días, meses o semanas del paciente son generalmente:

- Dolor que no cede al tratamiento.
- Falta de apetito.

- Si han decidido ocultar al enfermo la verdad de su enfermedad pueden tener serios problemas para evitar que lo sepa.

- Los estertores de la muerte suelen ser angustiosos para los cuidadores
- Temor a que se acerque una crisis o el desenlace y no sepan como actuar produciéndose en la familia un gran impacto emocional.

Como resultado del impacto se suelen producir en la familia ansiedad, depresión y las diferentes actitudes que normalmente adoptan son :

- Ocultación de sentimientos
- Sobre protección.
- Negación.
- Excesivo realismo anticipándose al acontecimiento de la muerte.
- Reivindicación frecuente de nuevos cuidados y prolongación de tratamientos que va unido muchas veces a sentimientos de culpabilidad.
- Indefinición de roles cuando ningún miembro de la familia quiere asumir el rol de cuidador primario, bien porque se sienten desbordados o bien porque se sienten incapaces de cuidar al enfermo.

Cuando a un grado de estrés emocional fuerte o impacto elevado se suma la fatiga podemos encontrarnos en una situación de **claudicación familiar**.

En cuanto al proceso de duelo hay que decir que siempre es doloroso pues la pérdida es traumática. Signos como llanto, suspiros frecuentes, desarreglo personal, expresiones de dolor, crisis de histeria y otros muchos gestos reflejan ansiedad, pena, enojo, sentimiento de culpa y estrés emocional. Todo forma parte del proceso normal de duelo influido en sus manifestaciones por la educación, herencia, cultura y personalidad de cada miembro de la familia.

Algunos de los factores que alargan el proceso de duelo son:

- Sentimientos intensos hacia la persona fallecida.
- Control excesivo de las emociones guardando la compostura social.
- Convertirse en apoyo de los demás familiares olvidándose de uno mismo

Se pueden distinguir cuatro fases secuenciales del proceso de duelo:

- Experimentar pena y dolor
- Sentir miedo, ira, culpabilidad y resentimiento.
- Experimentar apatía, tristeza y desinterés.
- Reparación de la esperanza y reconducción de la vida.

## 11. Valores-creencias

Para obtener la fuerza y el valor para afrontar la muerte con dignidad muchas personas encuentran en su religión una gran ayuda.

Vivir de acuerdo con unos valores y creencias que nos ayuden a entender el proceso de enfermar y morir puede facilitar su aceptación. Los pacientes terminales a menudo experimentan un trastorno en sus creencias o sistemas de valores que les lleva a cuestionar las creencias que tenía arraigadas hasta el momento presente. Surgen una serie de sentimientos contradictorios, que producen temor, ira, miedo, sobre porqué ha de vivir una situación de enfermedad que acabará con la muerte.

A veces, el paciente no tiene los medios suficientes para solicitar ayuda espiritual y practicar ritos religiosos que le servirían para afrontar esa situación. En ocasiones, son los propios profesionales sanitarios los que impiden y obstaculizan la realización de ritos que pueden ser importantes para algunos grupos étnicos (comunidades gitanas, musulmanes..) y que provocan un nivel de angustia innecesario para el enfermo y su familia.

## V. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA. DEFINICIÓN

### DOLOR

Dolor crónico: El estado en el que un individuo experimenta un dolor persistente o intermitente y dura más de 6 meses.

Relacionado con:

- Proceso terminal

Dolor agudo: El estado en el que el individuo experimenta y se queja de una molestia grave o de una sensación desagradable.

Relacionado con:

- Procesos agudos asociados, inmovilidad, zonas de presión o posición inadecuada, factores que disminuyen la tolerancia al dolor

### ALTERACIÓN DE LA NUTRICIÓN: POR DEFECTO

Estado en el que un individuo que no está en dieta absoluta, experimenta, o está en riesgo de experimentar una reducción de peso en relación con una inadecuada ingesta o metabolismo de los nutrientes.

Relacionado con:

- Disminución de la ingesta oral (dificultad para masticar o tragar, depresión, náuseas, vómitos, anorexia...).

### ALTERACIÓN DE LA ELIMINACIÓN INTESTINAL: ESTREÑIMIENTO

Estado en el que un individuo experimenta o está en alto riesgo de experimentar una estasis del intestino grueso, lo que da como resultado una eliminación poco frecuente o heces duras y secas.

Relacionado con:

- Disminución de fibra en la dieta, disminución de la motilidad intestinal secundaria a los narcóticos, inactividad, dolor a la defecación, fecalomas.

## **TRASTORNO DEL PATRÓN DEL SUEÑO**

Estado en el que el individuo experimenta o está en riesgo de experimentar un cambio en la cantidad o calidad del patrón del reposo que corresponde a sus necesidades biológicas y emocionales.

Relacionado con:

- Dolor, inactividad durante el día, sufrimiento espiritual, tratamiento farmacológico.

## **ALTERACIÓN DEL BIENESTAR**

Estado en el que un individuo experimenta una sensación incómoda como respuesta a un estímulo nocivo.

Relacionado con:

- Inmovilidad, dificultad para mantener la postura corporal adecuada, dificultad para respirar, prurito, incontinencia, sequedad de piel y mucosas.

## **DÉFICIT DE AUTOCUIDADO**

Estado en el que el individuo experimenta una afectación de la función motora o cognitiva, lo que produce una disminución de la capacidad de efectuar cada una de las actividades de autocuidado.

Relacionado con:

- Estrés, fatiga, debilidad, sedación, dolor, disminución de la capacidad sensorial-cognitiva, deterioro de la movilidad física.

## **BAJA AUTOESTIMA DE SITUACIÓN**

Estado en el que un individuo, que previamente tenía una autoestima positiva, experimenta sentimientos negativos hacia sí mismo como respuesta de un suceso (pérdida, cambio).

Relacionado con:

- Pérdida de la imagen física por amputaciones, pérdida de función de miembros, desfiguración, caquexia, caída de pelo, pérdida de roles e independencia.

## ALTERACIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES

El estado en que una familia normalmente constituida, se ve afectada por un factor estrés que desafía su capacidad de funcionamiento previamente eficaz.

Relacionado con:

- Enfermedad terminal de un miembro de la familia, deficiente comunicación entre sus componentes, incapacidad para redistribuir los roles, cambios emocionales en los miembros de la familia.

## AISLAMIENTO SOCIAL

El estado en el cual un individuo o grupo experimenta una necesidad o deseo de contactar con otros, pero es incapaz de realizar ese contacto.

Relacionado con:

- Enfermedad terminal, proceso de agonía, cirugía desfigurante.

## ANSIEDAD/TEMOR

La ansiedad es el estado en el que un individuo experimenta sentimientos de inquietud y activación del sistema nervioso autónomo como respuesta a amenazas vagas e inespecíficas. Como contraste, el temor es el sentimiento de aprensión hacia una amenaza específica. En la ansiedad la situación es la fuente de las amenazas pero no es la amenaza, en cambio en el temor la situación es la amenaza y cuando ésta se elimina los sentimientos de miedo desaparecen.

Relacionado con:

- Conocimiento de la enfermedad terminal, situación socioeconómica en que queda la familia, amenaza de efectos secundarios del tratamiento, amenaza de quedarse sólo, falta de información sobre el proceso.

## **SUFRIMIENTO ESPIRITUAL**

Estado en el cual el individuo o grupo experimenta, o tiene riesgo de experimentar, un trastorno en sus creencias o sistema de valores que constituyen su fuente de fuerza, esperanza y significación para la vida.

Relacionado con:

- . Pérdida del sentido de la vida, oposición a sus creencias, vergüenza de participar en los ritos espirituales, barreras a las prácticas de los mismos.

## **DUELO**

El estado en el que un individuo o grupo experimenta una pérdida real o percibida (persona, objeto, función, status, relaciones) o el estado en el que un individuo o grupo responde al convencimiento de una futura pérdida (duelo anticipado).

Relacionado con:

- . Enfermedad terminal, muerte inminente, pérdidas funcionales.

## **RIESGO DE ALTERACIÓN DE LOS PATRONES SEXUALES**

Estado en el cual el individuo experimenta o tiene riesgo de experimentar un cambio en la salud sexual.

Relacionado con:

- . Proceso terminal.

## VI. PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	CRITERIOS DE RESULTADOS	CUIDADOS AL PACIENTE Y FAMILIA
<p><b>DOLOR R/C</b></p> <p>Medidas de alivio inadecuadas:</p> <p>Dolor crónico relacionado con el propio proceso terminal.</p> <p>Dolor agudo relacionado con procesos agudos asociados, inmovilidad, zonas de presión o posición inadecuadas, factores que disminuyen la tolerancia al dolor.</p>	<p>El paciente y/o familia:</p> <p>Expresará la sensación de dolor cuando aparezca.</p> <p>Identificará las causas que originan dolor agudo.</p> <p>Identificará los factores que aumentan o disminuyen su dolor.</p> <p>Registrará cada día la medicación administrada, analgesia conseguida, y efectos secundarios.</p> <p>Explicará la importancia de la toma correcta de la medicación.</p>	<p>Tanto las enfermeras como la familia, deben mostrar interés por el dolor del paciente.</p> <p>Monitorizar la evaluación del dolor, la duración del alivio tras la analgesia y los efectos secundarios de la medicación (ver Anexo 3 y 8).</p> <p>Explicar las causas del dolor, si se conocen, y si se considera oportuno.</p> <p>Realizar movilizaciones frecuentes y posiciones anatómicas que ayuden a disminuir el dolor. Utilizar ropas cómodas evitando roces y presiones innecesarias.</p> <p>Enseñar al paciente y familia técnicas no invasivas de alivio del dolor: técnicas de relajación, estimulación cutánea (ver Anexo 7).</p> <p>Enseñar al paciente y familia para que corrijan ideas equivocadas con respecto a la medicación: adicción, dudas sobre el dolor... La familia debe conocer las dosis, horarios y efectos secundarios de los analgésicos prescritos (ver Anexo 3).</p>

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	CRITERIOS DE RESULTADOS	CUIDADOS AL PACIENTE Y FAMILIA
<p><b>ALTERACIÓN DE LA NUTRICIÓN POR DEFECTO R/C</b></p> <p>Disminución de la ingesta oral (dificultad para masticar o tragar, depresión, náuseas, vómitos, anorexia..)</p>	<p>El paciente y/o familia:</p> <p>Identificará junto con la enfermera, aquellos factores que contribuyen a la pérdida de apetito y que dificultan la ingesta.</p> <p>Intentará mantener un buen grado de hidratación.</p> <p>Conocerá los alimentos más nutritivos y sus diferentes formas de preparación.</p> <p>No manifestará que se siente obligado a comer.</p> <p>Realizará adecuados cuidados de la boca.</p> <p>La dieta se adecuará a los gustos y preferencias del paciente.</p>	<p>Si existe dificultad para masticar o tragar como causa de mala nutrición: enseñar a la familia la forma de preparar los alimentos, su cantidad, variedad, consistencia, preparación, frecuencia, lugar y posición del enfermo (ver Anexo 4).</p> <p>Ayudar a la familia a que comprendan que cuando el paciente no quiere comer, no hay que forzarle, ya que la falta de apetito es algo que conlleva su propia enfermedad y lo prioritario es respetar el deseo del paciente.</p> <p>Ofrecer bebida frecuentemente pero nunca antes de las comidas (ver Anexo 4). Enseñar los cuidados de la boca, en especial antes y después de las comidas, ya que un inadecuado cuidado de la misma es un factor muy frecuente de la inapetencia (ver Anexo 5).</p> <p>Preguntar a diario al paciente lo que desea comer, lo más cerca posible de las horas de las comidas.</p>

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	CRITERIOS DE RESULTADOS	CUIDADOS AL PACIENTE Y FAMILIA
<p><b>ALTERACIÓN DE LA ELIMINACIÓN INTESTINAL: ESTREÑIMIENTO R/C</b></p> <p>Disminución de fibra en la dieta.</p> <p>Disminución de la motilidad intestinal secundaria a los narcóticos.</p> <p>Inactividad.</p> <p>Dolor a la defecación (hemorroides...).</p> <p>Fecalomas.</p>	<p>El paciente y/o familia:</p> <p>El paciente realizará al menos una deposición diaria.</p> <p>Manifestará menos dolor al defecar.</p> <p>Conocerá las medidas para prevenir y corregir el estreñimiento.</p>	<p>Controlar la frecuencia, consistencia y aspecto de las deposiciones.</p> <p>Proporcionar un ambiente íntimo y confortable en el momento de la defecación, puede ser útil cerrar la puerta, poner música para enmascarar sonidos, utilizar ambientadores, correr las cortinas.</p> <p>Para aliviar el dolor rectal al defecar, realizar cuidados de la zona perianal como: lubricantes en el ano, compresas frías para reducir el escozor o baños calientes si alivian, limpiar con esponja y secar sin frotar. La aplicación de anestésico local o antisépticos debe valorarse con el médico.</p> <p>Aconsejar una dieta rica en fibras, si es posible, líquidos abundantes y frecuentes, evitar la inmovilidad con pequeños paseos y cambios de posición frecuentes si el paciente está encamado.</p> <p>Insistir en la importancia del uso continuado de los laxantes prescritos.</p> <p>Enseñar a la familia la forma de administración de enemas y en que situaciones deben realizarlo, colaborando con ellos si es necesario. En caso de fecaloma proceder a la extracción manual del mismo (ver Anexo 6).</p>

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	CRITERIOS DE RESULTADOS	CUIDADOS AL PACIENTE Y FAMILIA
<p><b>TRASTORNO DEL PATRÓN DEL SUEÑO R/C</b></p> <p>Dolor.</p> <p>Inactividad durante el día.</p> <p>Sufrimiento espiritual.</p> <p>El tratamiento farmacológico..</p>	<p>Dormirá el número de horas suficientes para sentirse descansado.</p> <p>Identificará los factores que le impiden conciliar el sueño e intentará prevenirlos.</p> <p>Manifestará que el dolor no le impide dormir.</p> <p>Recurrirá a estímulos que le mantengan despierto durante el día.</p>	<p>Evitar que las horas de sueño sean interrumpidas: medicación, curas, comidas...</p> <p>Mantener un ambiente favorecedor del sueño: evitar ruidos, luces innecesarias, que la cama esté limpia y sin arrugas...</p> <p>Respetar las costumbres del paciente para conciliar el sueño: baño caliente, rezar, leer, tomar leche caliente o infusiones.</p> <p>Incrementar las actividades durante el día en la medida de lo posible, dejando las más tranquilas para las últimas horas de la tarde.</p> <p>Practicar técnicas de relajación: masajes, respiraciones profundas (ver Anexo 7).</p>

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	CRITERIOS DE RESULTADOS	CUIDADOS AL PACIENTE Y FAMILIA
<p><b>ALTERACIÓN DEL BIENESTAR R/C</b></p> <p>Inmovilidad.</p> <p>Dificultad para mantener la postura corporal adecuada.</p> <p>Dificultad para respirar.</p> <p>Prurito.</p> <p>Incontinencia.</p> <p>Sequedad de piel y mucosas.</p>	<p>El paciente y/o familia:</p> <p>Manifestará sentirse cómodo.</p> <p>Conocerá las posturas que mantengan al paciente en una posición cómoda.</p> <p>Conocerán medidas para evitar crisis de disnea.</p> <p>Se mantendrá limpio y seco al paciente.</p>	<p>Valorar la capacidad funcional según Escala de Karnofsky (Anexo-10)</p> <p>Mantener la habitación bien aireada, temperatura agradable, luz tenue e indirecta y sin ruidos.</p> <p>Mantener ropa de cama limpia seca y sin arrugas.</p> <p>Mantener una buena higiene y cuidado de la imagen. Si hay inmovilidad o debilidad importante enseñar a la familia a movilizar y lavar al paciente en la cama. Cuando presente incontinencia se realizarán cambios frecuentes de absorbentes para favorecer la comodidad y evitar problemas en la piel.</p> <p>En caso de presentarse sequedad de piel y mucosas, realizar los cuidados oportunos (ver Anexo 1).</p> <p>Explicar a la familia que es importante averiguar en que posición se encuentra más cómodo el paciente. Para ello servirán de ayuda almohadas, rodillos de tela, mantas dobladas...</p> <p>Es frecuente que se produzca un alto grado de ansiedad que dificulte aun más la respiración, por lo que es importante que el paciente se encuentre acompañado, en una postura cómoda de semifowler, con las vías nasales despejadas y ayudándole a realizar ejercicios de respiración controlada.</p>

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	CRITERIOS DE RESULTADOS	CUIDADOS AL PACIENTE Y FAMILIA
<p><b>ALTERACIÓN DEL BIENESTAR</b> (continuación)</p>		<p>Comenzar por inspirar por la nariz mientras cuenta mentalmente hasta dos, a continuación realizar una espiración con los labios fruncidos y contar hasta cuatro. Ayuda a sentirse mejor el hecho de abrir las ventanas, ventiladores en la habitación, y siempre transmitiendo tranquilidad y confianza.</p> <p>Si tiene prescrita medicación para alivio de la disnea (morfina, ansiolíticos..), es importante insistir sobre la toma correcta de la misma explicando sus efectos.</p>

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	CRITERIOS DE RESULTADOS	CUIDADOS AL PACIENTE Y FAMILIA
<p><b>DÉFICIT DE AUTOCUIDADO R/C</b></p> <p>Estrés, fatiga, debilidad y sedación.</p> <p>Dolor.</p> <p>Disminución de la capacidad sensorial cognitiva.</p> <p>Deterioro de la movilidad física.</p>	<p>El paciente y/o familia:</p> <p>Realizará el mayor número de actividades de autocuidado mientras sea posible identificando factores que impidan o dificultan estas actividades.</p> <p>La familia prestará ayuda sólo en las actividades que el paciente no puede realizar por si mismo.</p> <p>Conocerá que actividades diarias son más asequibles a sus fuerzas, adquiriendo habilidades para el ahorro de energía.</p> <p>Realizará prevención de accidentes en el hogar.</p>	<p><b>Valorar causas que dificultan o impidan su autocuidado.</b></p> <p><b>Fomentar la independencia del paciente, evitando la Sobre protección por parte de la familia.</b></p> <p><b>Educar a la familia sobre como actuar en aquellas actividades en las que el paciente necesite ayuda.</b></p> <p><b>Enseñar medidas que faciliten el ahorro de energía, cuando se presenten: fatiga, disnea, astenia (ver Anexo 9).</b></p> <p><b>Evitar que el paciente realice actividades que supongan riesgo de accidente y eliminar aquellos elementos que puedan favorecerlos. Es conveniente proporcionar aparatos o utensilios de ayuda.</b></p>

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	CRITERIOS DE RESULTADOS	CUIDADOS AL PACIENTE Y FAMILIA
<p><b>BAJA AUTOESTIMA DE SITUACIÓN R/C</b></p> <p>Pérdida de la imagen física por amputaciones (mastectomia...).</p> <p>Pérdida de función de miembros.</p> <p>Desfiguración, caquexia, caída de pelo.</p> <p>Pérdida de los roles e independencia.</p>	<p>El paciente y/o familia:</p> <p>Identificará los aspectos positivos de si mismo.</p> <p>Reconocerá el problema (caída de pelo, caquexia u otros) y el origen que lo produce.</p> <p>Analizará su propia conducta y sus consecuencias.</p> <p>No experimentará sensación de vergüenza cuando sus familiares le proporcionen cuidados.</p> <p>La familia demostrará que los cambios del enfermo no le causan rechazo o desagrado, aumentando sus muestras afectivas.</p>	<p>Ayudar al paciente a que identifique aspectos positivos sobre si mismo, animándole a recordar vivencias anteriores, aficiones, capacidad de trabajo, lealtad en sus relaciones, roles con su familia ...</p> <p>Facilitar a que el paciente exprese sus sentimientos negativos ante las pérdidas o cambios que experimenta, ofreciéndole el tiempo y la actitud necesarias para el diálogo.</p> <p>Favorecer el análisis de las conductas negativas y sus consecuencias: dependencia, postergación, aislamiento.</p> <p>Disponer de un espacio adecuado para que la administración de cuidados se realicen en un ambiente íntimo, respetando en lo posible el deseo del paciente sobre quién debe administrar estos cuidados.</p> <p>Realizar interconsulta con profesionales de Salud Mental, cuando sea necesario.</p>

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	CRITERIOS DE RESULTADOS	CUIDADOS AL PACIENTE Y FAMILIA
<p><b>ALTERACIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES R/C</b>            Enfermedad terminal de un miembro de la familia.</p> <p>Deficiente comunicación entre sus componentes.</p> <p>Incapacidad para redistribuir los roles y cambios emocionales en los miembros de la familia.</p>	<p>El paciente y/o familia:</p> <p>Expresarán frecuentemente sus sentimientos entre ellos y a la enfermera.</p> <p>Trabajarán "en equipo" para cuidar al enfermo y asumirán la redistribución de roles.</p> <p>Se prestarán apoyo mutuo y utilizarán recursos externos cuando sea necesario.</p> <p>La familia redistribuirá los roles de manera que supongan los mínimos cambios en su forma de vida.</p>	<p>La familia hablará frecuentemente sobre los problemas, dificultades y temores; llegando a una estrategia común para afrontarlos. La enfermera promoverá y facilitará la comunicación y expresión de los problemas y necesidades en el medio familiar. Contribuye a ello, mantener bien informada a la familia, en los posibles problemas que puedan aparecer.</p> <p>Implicar a los miembros de la familia en el cuidado del enfermo, cargas domésticas y familiares; redistribuyendo los roles si fuera necesario, animándoles a que encuentren apoyo en otras personas de confianza (amigos, vecinos...), los cuales casi seguro se sentirán satisfechos de poder demostrar amistad, cariño y aprecio. Este apoyo puede evitar el agotamiento de los familiares, posibilitando así el descanso. Dirigir a la familia a diferentes recursos sociales, cuando se detecte la necesidad de ello: Trabajadora Familiar, Voluntariado, Servicios Sociales.</p> <p>Cuando la familia muestre signos de incapacidad para el cuidado del paciente por mal control de síntomas, o aparición de síntomas nuevos, el equipo valorará su ingreso hospitalario.</p>

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	CRITERIOS DE RESULTADOS	CUIDADOS AL PACIENTE Y FAMILIA
<p><b>AISLAMIENTO SOCIAL R/C</b></p> <p>Enfermedad terminal.</p> <p>Proceso de agonía.</p> <p>Cirugía desfigurante.</p>	<p>El paciente y/o familia:</p> <p>Expresará sus preocupaciones y sentimientos sobre su aislamiento social.</p> <p>Identificará las causas posibles de su aislamiento.</p> <p>Conocerá y usará si lo cree oportuno prótesis y/o equipos de ayuda.</p> <p>Participará en la toma de decisiones en el grupo familiar.</p> <p>Aumentará las relaciones sociales con las personas más queridas.</p> <p>Identificará actividades de distracción.</p>	<p>Animar al paciente para que exprese sus sentimientos de soledad y rechazo, y las razones de que estos existan.</p> <p>Si se siente rechazado por miedo a olores desagradables, actuaremos de distinta forma según la causa:</p> <p>En caso de lesiones tumorales ulceradas, explicaremos sus cuidados (ver Anexo 1).</p> <p>Si el problema es el olor del estoma, tranquilizar al paciente, y explicar que los dispositivos que utiliza no permiten fugas de olores, si se han colocado correctamente.</p> <p>También será conveniente realizar una buena higiene, cambiar frecuentemente las ropas de vestir, de cama y los absorbentes.</p> <p>Hablar con la familia para que organice el tiempo con el fin de que el paciente esté lo más acompañado posible y favoreciendo la conversación sobre temas que puedan interesarle. Es conveniente no hablar en términos de futuro.</p> <p>Explicar a la familia la importancia de que el paciente siga participando, en la medida de lo posible, en todas aquellas actividades y decisiones que implican al grupo familiar.</p>

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	CRITERIOS DE RESULTADOS	CUIDADOS AL PACIENTE Y FAMILIA
AISLAMIENTO SOCIAL R/C		<p>Estimular el uso de prótesis para la mejora de su autoimagen y de equipos de ayuda que faciliten su movilidad. Si presenta lesiones cutáneas será conveniente cubrirlas.</p> <p>Identificar junto con la familia, aquellas personas más queridas por el paciente, con el fin de que le visiten más a menudo y así contribuyan a disminuir su aislamiento, aunque sólo sea para sentarse cerca de él y mostrarle afecto.</p> <p>Ayudar a buscar actividades de distracción, en especial durante el atardecer y noche que es cuando surgen más problemas de soledad.</p> <p>Durante el proceso de agonía será importante evitar las conversaciones en voz baja en la habitación, al margen del paciente y sin embargo cogerle la mano y sentarse cerca de él le harán sentirse más tranquilo y acompañado.</p> <p>En este proceso se intensificarán el número de visitas de la enfermera, ofreciendo disponibilidad y mayor apoyo ante las necesidades que puedan surgir y aportando serenidad en los momentos difíciles.</p>

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	CRITERIOS DE RESULTADOS	CUIDADOS AL PACIENTE Y FAMILIA
<p><b>ANSIEDAD/TEMOR R/C</b></p> <p>Conocimiento de la enfermedad terminal.</p> <p>Situación (económica, social,...) en que queda la familia después de su muerte.</p> <p>Amenaza de efectos secundarios del tratamiento.</p> <p>Amenaza de quedarse sólo.</p> <p>Falta de información sobre el proceso.</p> <p>* Como en ansiedad no se sabe causa y en temor si, se han unificado ambos diagnósticos por la facilidad con que se puede pasar de un mecanismo a otro en la enfermedad terminal.</p>	<p>El paciente y/o familia:</p> <p>Experimentará un aumento en el nivel de bienestar psicológico y fisiológico.</p> <p>Identificará que aspectos de su enfermedad le preocupan.</p> <p>Dispondrá de información adecuada sobre las causas de su estado.</p> <p>Diferenciará las situaciones reales de las imaginarias.</p>	<p>Valorar el nivel de ansiedad.</p> <p>Establecer una relación de confianza y sinceridad donde el paciente y familia puedan exponer sus preocupaciones, temores y dudas. Realizar la entrevista con amabilidad, tacto y humanidad para que nos ayude a conocer la información que debemos dar según lo que el paciente desea saber, si quiere recibir más información y si está preparado para recibirla (ver Anexo 2).</p> <p>Averiguar si existen preocupaciones por la situación económica actual y en la que quedarán sus familiares después de su muerte. En caso necesario contactar con los Servicios Sociales.</p> <p>Informar sobre los efectos secundarios de los fármacos, ofreciendo medidas para paliarlos en caso de que aparezcan (ver Anexo 3). Intentar evitar miedos o creencias equivocadas sobre el uso de algunos fármacos (morfina, corticoides, benzodiacepinas...).</p> <p>Ayudar a controlar el miedo del paciente a quedarse sólo. Acompañar al enfermo el mayor tiempo posible, estableciendo quien estará con él y en que momento, evitando que la muerte se convierta en su único pensamiento.</p>

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	CRITERIOS DE RESULTADOS	CUIDADOS AL PACIENTE Y FAMILIA
<p><b>DUELO R/C</b></p> <p>Enfermedad terminal.</p> <p>Muerte inminente.</p> <p>Pérdidas funcionales.</p>	<p>El paciente y/o la familia:</p> <p>Manifestarán y compartirán de forma temprana sentimientos y preocupaciones referidas al duelo.</p> <p>Desarrollará formas de adaptación antes y después de la muerte.</p> <p>Identificará síntomas de duelo tardío en algunos de sus miembros.</p>	<p>Animar al grupo familiar para que expresen sus sentimientos y preocupaciones de manera abierta y sincera, explicando que cada miembro de la familia, puede reaccionar de forma diferente según su personalidad y su relación con el enfermo.</p> <p>Crear un clima de confianza que favorezca la comunicación y la expresión de sentimientos, ofreciendo apoyo, tiempo y tranquilidad.</p> <p>Informar sobre las fases y reacciones posibles del paciente al saber que su enfermedad le va a conducir a la muerte:</p> <p>Negación. Explicar a la familia que es una respuesta normal y lógica e incluso necesaria para pasar a otra fase. No fomentar esta reacción en el paciente, ni llegar a reprimirla, ya que es un mecanismo de adaptación. Informar al paciente sólo sobre lo que él desea saber.</p>

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	CRITERIOS DE RESULTADOS	CUIDADOS AL PACIENTE Y FAMILIA
DUELO (Continuación)		<p><b>Ira, enojo y rabia.</b> Explicar a la familia que es una forma de expresar el miedo y de incapacidad de controlar la situación. La agresividad que manifiesta no es una actitud ofensiva premeditada. Fomentar la verbalización del enojo.</p> <p><b>Pacto, negociación.</b> Informar a la familia que en esta fase se inicia la aceptación. Mantener una esperanza pero sin mentir.</p> <p><b>Depresión.</b> La familia y la enfermera demostrarán que entienden sus sentimientos y favorecerán la comunicación no verbal con muestras de afecto y cariño. Evitar interrogar continuamente sobre su estado. Permitir el llanto, ya que tiene una función terapéutica. Explicar que a veces esta fase exige un tratamiento farmacológico.</p> <p><b>Aceptación.</b> Informar a la familia que pueden aparecer dos tipos de respuesta ante esta fase.</p> <p>1º El paciente mantiene una actitud de espera y silencio, casi ausente de sentimientos.</p> <p>2º El paciente intenta aprovechar al máximo el tiempo que le queda.</p> <p>Realizar un seguimiento sucesivo de la familia (teléfono, visitas...), ofreciendo una ayuda, e identificar posibles reacciones de duelo tardías, para una posible derivación al Equipo de Salud Mental.</p>

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	CRITERIOS DE RESULTADOS	CUIDADOS AL PACIENTE Y FAMILIA
<p><b>SUFRIMIENTO ESPIRITUAL R/C</b></p> <p>Pérdida del sentido de la vida.</p> <p>Oposición a sus creencias por parte de sus familiares, compañeros y personal sanitario.</p> <p>Vergüenza de participar en los ritos espirituales.</p> <p>Barreras a la práctica de los mismos.</p>	<p>Expresará satisfacción con la situación espiritual.</p> <p>Continuará las prácticas espirituales que realizaba habitualmente.</p> <p>Recuperará la confianza en sus creencias y sistemas de valores.</p>	<p>Nos informará sobre sus prácticas espirituales y creencias.</p> <p>Expresar disponibilidad para ayudarlo a <b>satisfacer sus necesidades espirituales, sin juzgar sus ideas. Podemos hacer preguntas sobre las creencias del pasado, para ayudarlo a situar este momento dentro de una perspectiva más amplia y a abandonar sentimientos negativos o de culpa sobre su vida, recordando momentos y actuaciones que le han sido gratificantes.</b></p> <p>Ofrecer contacto con personas que le sirvan de apoyo espiritual (capellán, grupo pastoral...).</p> <p>Es importante que la familia respete las creencias del paciente y facilite sus prácticas religiosas: proporcionarle objetos o libros de oración que solicite, dar oportunidad para que rece con otros o le lean miembros de su grupo religioso...</p> <p>No alterar costumbres de dieta e higiene que estén impuestas por su religión, cuando no vayan en detrimento de su salud.</p>

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	CRITERIOS DE RESULTADOS	CUIDADOS AL PACIENTE Y FAMILIA
<p><b>RIESGO DE ALTERACIÓN DE LOS PATRONES SEXUALES R/C</b></p> <p>Proceso terminal.</p>	<p>El paciente y/o familia:</p> <p>Expresará sus preocupaciones con respeto al funcionamiento sexual, si las tiene.</p>	<p>Conseguir una relación de confianza y comunicación adecuada para que el paciente pueda expresar sus preocupaciones sobre su actividad sexual, pero sin forzarle a ello.</p>

## VII. COMPLICACIONES POTENCIALES

COMPLICACIONES POTENCIALES	ACTIVIDADES
<p><b>OBSTRUCCIÓN INTESTINAL</b> secundaria a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Crecimiento del tumor</li> <li>- Fecaloma</li> <li>- Tratamiento farmacológico</li> </ul>	<p>Vigilar la aparición de los siguientes signos de alarma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolor abdominal</li> <li>- Distensión abdominal</li> <li>- Náuseas y vómitos</li> <li>- Borborigmos audibles (en fases iniciales)</li> <li>- Ausencia de ruidos intestinales (en fases tardías)</li> <li>- Ausencia de deposición de más de 72 horas.</li> </ul>
<p><b>HEMORRAGIA DIGESTIVA</b> secundaria a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Úlcera gástrica yatrogénico</li> <li>- Propagación del tumor</li> <li>- Rotura de un vaso sanguíneo</li> </ul>	<p>Vigilar la aparición de los siguientes signos de alarma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taquicardia</li> <li>- Hipotensión</li> <li>- Sudoración fría y profusa</li> <li>- Vómito sanguinolento o en "poso de café"</li> <li>- Heces sanguinolentas o negras y malolientes</li> </ul>
<p><b>HIPERCALCEMIA</b> secundaria a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Metástasis óseas osteolíticas</li> </ul>	<p>Vigilar la aparición de los siguientes signos de alarma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Confusión intelectual</li> <li>- Inquietud e irritabilidad, progresando hasta la somnolencia y el coma.</li> <li>- Dolor abdominal</li> <li>- Anorexia, náuseas y vómitos</li> <li>- Debilidad</li> </ul>

COMPLICACIONES POTENCIALES	ACTIVIDADES
<p><b>SÍNDROME DE COMPRESIÓN DE LA MÉDULA ESPINAL</b> secundario a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Progresión del tumor</li> </ul>	<p>Vigilar la aparición de los siguientes signos de alarma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Déficits motores</li> <li>- Paraparesia</li> <li>- Paraplejia</li> <li>- Alteraciones sensitivas</li> <li>- Incontinencia de esfínteres</li> </ul>
<p><b>SÍNDROME DE COMPRESIÓN DE LA VENA CAVA SUPERIOR</b> secundario a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compresión del mediastino superior por masa tumoral</li> </ul>	<p>Vigilar la aparición de los siguientes signos de alarma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cianosis y abotargamiento facial (edema en cara y cuello)</li> <li>- Quemosis conjuntival y equimosis de cuello y brazos</li> <li>- Circulación colateral antetorácica, hombro y base de cuello</li> </ul>
<p><b>TOXICIDAD A LOS NARCÓTICOS</b> secundario a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tratamiento con narcóticos</li> </ul>	<p>Vigilar la aparición de los siguientes signos de alarma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taquicardia</li> <li>- Bradipnea &lt; 12 x'</li> <li>- Bajo nivel de conciencia o coma superficial</li> <li>- Miosis intensa</li> </ul>

## IX. ANEXOS

# ANEXO 1: CUIDADOS DE LA PIEL

## Lesiones dérmicas tumorales ulceradas

Este tipo de lesiones pueden presentar drenaje purulento y frecuentemente con mal olor. Por la lesión transcurren vasos sanguíneos y linfáticos, por lo que pueden aparecer signos de necrosis, sangrado por rotura de capilares e infección.

El objetivo de las curas y los cuidados en este tipo de úlceras será eliminar o disminuir el dolor y el olor, así como prevenir la aparición de complicaciones.

Las actividades serán:

- Colocar al paciente en una postura en la que se sienta cómodo y nos permita realizar la cura.
- Realizar curas diarias y siempre que se precise:
  - Colocar campos estériles
  - Humedecer abundantemente las gasas y los vendajes para que se desprenda sin causar rotura de capilares.
  - Lavado con agua y jabón neutro.
  - Enjuagar con suero salino y secar. Si presenta mal olor, es efectiva la limpieza con agua oxigenada diluida al 50 %.
  - Si aparecen zonas sangrantes o susceptibles de sangrado, aplicar láminas de Spongostan®. En caso de sangrado masivo, presionar y no curar inmediatamente; no hay que alarmarse para no preocupar al paciente.
  - Aplicar povidona yodada, dejándola actuar unos 30 segundos.
  - Como antagonista del olor, se puede aplicar, además de la povidona yodada, una emulsión al 4 % de povidona yodada con parafina líquida en proporción 1:4, a fin de limpiar, desodorizar y evitar que la gasa se adhiera sobre la lesión. También pueden aplicarse gasas impregnadas de lidocaína viscosa al 2 %, preparación acuosa elaborada en farmacia que tiene la propiedad de analgésico tópico y de eliminación de olores.
  - Si el exudado es seroso, es efectiva la aplicación local de azúcar o miel debido a sus efectos hidrófilo, bacteriostático y altamente absorbente.
  - Cubrir con gasas secas estériles dejando un apósito oclusivo, utilizando esparadrapo hipoalérgico; proteger con almohadillado y venda elástica o de gasa.

## Piel seca

La piel seca es uno de los problemas más frecuentes; aparece rugosa y descamada. Los cuidados a realizar consistirán en:

- Baños con jabones de pH neutro sin abusar de éstos y secados con toallas suaves.
- Apósitos húmedos aplicando compresas con agua durante 20 min. donde haya desescamación.
- Aplicar cremas o aceites hidratantes después del baño y por las noches. Cremas suaves, ricas en lanolina o emolientes, como el aceite de almendra, calamina oleosa, vaselina, ...

## Piel húmeda

La piel húmeda es más frecuente en zonas del cuerpo con pliegues cutáneos y en región genital. Estas zonas aparecen edematosas, enrojecidas, maceradas y malolientes, infectadas probablemente por micosis.

Los cuidados a realizar serán:

- Baños de corta duración con jabones de pH neutro.
- Secar adecuadamente con toallas suaves. En ocasiones es útil el uso del secador.
- Aplicar una capa fina de polvos de harina de maíz.
- Favorecer que los pliegues cutáneos puedan orearse, utilizando gasa o ropa interior de algodón para evitar el contacto entre la piel que produce el pliegue.

## ANEXO 2: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN DE AYUDA

Los pacientes con enfermedad terminal tienen, en gran medida, problemas físicos y psicológicos con reacciones de angustia y temor que les dificultan la comunicación con los demás. Nuestra obligación será el facilitársela ofreciéndole información, orientación y apoyo.

Para ello, será necesario vencer:

- La ansiedad que a los cuidadores nos produce el dar malas noticias.
- El miedo a provocar reacciones emocionales no controlables.
- La posible sobre-identificación.
- El desconocimiento de respuestas a preguntas como:

¿Cuánto me queda de vida?  
¿Cómo me voy a morir?  
¿Por qué a mí?

Es primordial analizar e interpretar los flujos de comunicación que se manifiestan en expresiones no verbales (gestos, tono de voz, posturas, expresión de la mirada, silencios...). Cuidar el ambiente evitando obstáculos y ruidos, facilitará la comunicación, así como una actitud activa, transmitiendo comprensión emotiva y disponibilidad, mostrando atención con repeticiones y haciendo preguntas como:

¿Por qué lo pregunta?  
¿Qué es lo que más le molesta?  
¿Necesita más información?  
¿Cuáles son sus deseos?

Escuchar nos permitirá:

- Evaluar el grado de información que tiene.
- Conocer mejor las respuestas que el paciente necesita recibir, lo que le preocupa.
- Determinar en qué condiciones está para recibir dichas respuestas.

El conocimiento de la verdad, supone para el paciente terminal el tomar conciencia de su propia finitud y mortalidad, generándole incertidumbre y el afán de vivir el momento intensamente.

La información de la verdad supone para el cuidador el enfrentarse a su desconocimiento de cómo afrontar las nuevas demandas de apoyo.

La comunicación de la verdad:

- No es instantánea, no se alcanza en una única entrevista.
- Debe darse de forma lenta, progresiva y continuada, respetando el ritmo y las condiciones del enfermo.
- Nos la facilitará el uso de sinónimos en lugar de diagnósticos.
- Nunca deberá quitar la esperanza, por mucha información que demos.
- Siempre será honesta y sincera, no debiendo cambiarse para mejorar su aceptación.

Después de pronunciar palabras tales como cáncer, muerte o "no hay más tratamiento", la persona sufre un bloqueo de información. Por lo tanto, conviene comprobar las emociones evocadas y no presuponer qué es lo que le angustia, preguntándole:

- ¿Cómo se siente?, ¿por qué?.
- ¿Qué otras cosas le preocupan?

Siempre que se establece una relación de ayuda, existe una parte débil que es la que está en situación de malestar y solicita ayuda, y una parte fuerte que es la que tiene los instrumentos y la preparación necesaria para prestar esa ayuda. Esta relación debe ser empática, evitando mostrar paternalismo o superioridad.

Es importante conocer perfectamente el papel de la comunicación en la relación de ayuda. En cuidados paliativos, es fundamental tener conocimientos y habilidades de comunicación, tener capacidades para resolver problemas y para afrontar el estrés de nuestro trabajo diario.

## FÁRMACOS PARA EL CONTROL DE SÍNTOMAS (I)

SÍNTOMAS	FÁRMACOS Nombres genérico y comercial	EFECTOS SECUNDARIOS no deseables
NÁUSEAS VÓMITOS HIPO	<p>Procinéticos</p> <p>Metoclopramida      Primperán<sup>⊗</sup> Cleboprida              Cleboril<sup>⊗</sup> Domperidona           Motilium<sup>⊗</sup> Cisaprida                Prepulsid<sup>⊗</sup></p> <p>Antipsicóticos</p> <p>Haloperidol              Haloperidol<sup>⊗</sup> Clorpromazina          Largactil<sup>⊗</sup> Trietilperazina          Torecán<sup>⊗</sup></p>	<p>Alteraciones extrapiramidales, como acatisia, distonías agudas, discinesias y parkinsonismo. Dis-cinesias tardías con movimientos involuntarios coreo-atetósicos en el cuello, boca, y extremidades superiores. Sedación.</p> <p>Efectos anticolinérgicos como: sequedad de boca, visión borrosa retención urinaria, estreñimiento e íleo paralítico. Sedación. Arritmias. Ictericia. Agranulocitosis manifestada por faringoamigdalitis. Discinesia tardía. Hipotensión postural.</p>
VÓMITOS provocados por presión intracraneal	<p>Corticoides</p> <p>Dexametasona          Fortecortín<sup>⊗</sup> Metilprednisolona      Prednisona<sup>⊗</sup></p>	<p>Cushing iatrogénico. Intolerancia a la glucosa, inmunosupresión, hipertensión y retención hídrica. Miopatía, osteoporosis. Puede empeorar la úlcera péptica.</p>
ANOREXIA	<p>Acetato de Megestrol      Maygace<sup>⊗</sup></p>	<p>Edema, disnea, náuseas y vómito.</p>
PRURITO	<p>Antihistamínicos</p> <p>Dexclorfeniramina      Polaramine<sup>⊗</sup> Hidroxicina              Atarax<sup>⊗</sup></p>	<p>Somnolencia, laxitud, vértigo, aturdimiento, sequedad de boca y de secreciones bronquiales</p>
ANSIEDAD TEMOR PÁNICO INSOMNIO	<p>Benzodiazepinas</p> <p>Lorazepán                Orfidal<sup>⊗</sup> Alprazolán                Trankimazín<sup>⊗</sup> Diazepán                  Valium<sup>⊗</sup> Flurazepán                Dormodor<sup>⊗</sup> Flunitrazepán            Rohipnol<sup>⊗</sup> Clorazepán                Tranxilium<sup>⊗</sup></p>	<p>Somnolencia, astenia, mareo, aturdimiento, obnubilación, efecto aditivo al asociarse con otros fármacos sedantes o alcohol. Riesgo de caídas.</p>
DEPRESIÓN	<p>Antidepresivos tri/tetracíclicos</p> <p>Amipriptilina              Tryptizol<sup>⊗</sup> Imipramina                Tofranil<sup>⊗</sup> Clomipramina              Anafranil<sup>⊗</sup> Nortriptilina               Nobritol<sup>⊗</sup> Maprotilina                Ludiomil<sup>⊗</sup> Melitraceno                Deanxit<sup>⊗</sup> Trazodona                  Deprax<sup>⊗</sup></p> <p>Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS)</p> <p>Fluoxetina                  Prozac<sup>⊗</sup> Fluvoxamina               Dumirox<sup>⊗</sup></p> <p>Otros</p> <p>Mianserina                  Lantanón<sup>⊗</sup></p>	<p>Efectos anticolinérgicos (ver arriba) Bloqueo cardíaco y arritmias. Sedación.</p> <p>Trastornos gastrointestinales, insomnio y excitación. Vasculitis y erupciones cutáneas. Reacciones extrapiramidales.</p> <p>Sedación. Agranulocitosis.</p>

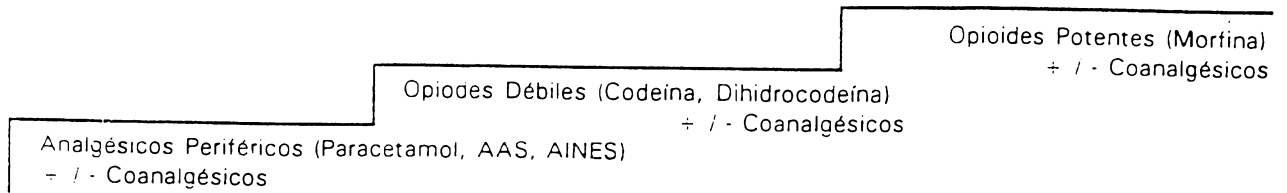
## FÁRMACOS PARA EL CONTROL DE SÍNTOMAS (II)

SÍNTOMAS	FÁRMACOS Nombres genérico y comercial	EFFECTOS SECUNDARIOS no deseables
DISNEA premortem	Morfina                      Mst-Continus	Sedación, depresión del centro res-piratorio, náuseas, vómitos y estreñimiento.
ESTERTORES preagónicos	Anticolinérgicos Hioscina                      Buscapina ®	Efectos anticolinérgicos (ver página anterior).
DIARREA	Loperamida                      Fortasec ®	Vómitos, fatiga, distensión abdomi-nal, somnolencia y estreñimiento.
ESTREÑIMIENTO	<p>Formadores de masa</p> <p>Metilcelulosa Salvado Plantago ovata                      Metamucil ® Mucilago purificado                      Cenat ®</p> <p>Laxantes osmóticos</p> <p>Lactulosa                      Duphalac ®</p> <p>Estimulantes del peristaltismo</p> <p>Senósidos                      Pursenit ® Bisacodilo                      Duco-Laxo ® Picosulfato                      Evacuol ®</p> <p>Laxantes catárticos</p> <p>Hidroxidomagnésico                      Leche de Mg Enema de fosfato                      Enema Casen</p> <p>Enemas y lubricantes</p> <p>Citrato trisódico                      Micralax ® Aceite de parafina                      Hodernal ® Glicerol                      Glicerina (sup)</p>	<p>Flatulencia y sensación de plenitud</p> <p>Meteorismo y flatulencia.</p> <p>Irritación rectal, dolores abdomina- les y diarrea.</p> <p>Dolores abdominales, diarrea con pérdida de electrolitos.</p> <p>Prurito e irritación anal.</p>

NOTA: Por problemas de espacio no se han incluido otros nombres comerciales de fármacos.  
Se han seleccionados aquéllos de mayor prescripción.

# FÁRMACOS PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

Escalera Analgésica de la OMS



Nombres genérico y comercial		Dosis y vida media	Forma de presentación	Efectos secundarios
1° E S C A L O N	Salicilatos AAS AAS AINES Naproxeno Naprosyn <sup>Ⓢ</sup> Ibuprofeno Neobrufen <sup>Ⓢ</sup> Diclofenaco Voltarén <sup>Ⓢ</sup> Piroxicán Feldene <sup>Ⓢ</sup>	500 -1000 mg /4-6 h.  500 mg. / 6-8 h.  200 - 400 mg / 4-6 h.  50 mg / 8-12 h.  20 mg / 24 h.	comprimidos  comprimidos supositorios grageas ampollas	Alteraciones gatrointestinales como: irritación gástrica, úlcera y hemorragias. Reacciones de pseudohipersensibilidad con broncoespasmos. Erupciones cutáneas. Hepatotoxicidad. Discrasias sanguíneas.
	Paracetamol Termalgín <sup>Ⓢ</sup>	500 -1000 mg /4-6 h.	comprimidos	Hepatotoxicidad en dosis altas. Raramente, erupciones cutáneas. Discrasias sanguíneas.
	Dipirona Nolotil <sup>Ⓢ</sup>	575 mg /6-8 h.	cápsulas supositorios	
2° E S C A L O N	Codeína Codeisán <sup>Ⓢ</sup>  Dihidrocodeína Contugésic <sup>Ⓢ</sup>	60 mg / 4 h.  60 mg / 12 h.	comprimidos supositorios jarabe  comprimidos entéricos	Estreñimiento, náuseas, mareos, dolor de cabeza, vértigo, somnolencia, disforia, prurito y a dosis altas, depresión respiratoria.
3° E S C A L O N	Morfina Preparado en Farmacia  MST-Continus <sup>Ⓢ</sup>  Clorhidrato de morfina	No existe dosis máx. 20 - 40 mg / 4 h. incrementando del 30 al 50 %  120 - 240 mg / 12 h.  50 % dosis oral / 4 h.	solución oral forma rectal  comprimidos entéricos  ampollas sbc. cada 4 h. o en infusión continúa	Estreñimiento, boca seca náuseas, astenia, sudoración, confusión, obnubilación y según la dosis, depresión del centro respiratorio.
	Agonistas-antagonistas de la morfina Buprenorfina Buprex <sup>Ⓢ</sup>	0,6 mg / 6 -8 h.	ampollas y comprimidos sublinguales	

## ANEXO 4: LA ALIMENTACIÓN EN EL PACIENTE TERMINAL

La pérdida de apetito, síntoma muy frecuente en el enfermo terminal, provoca gran ansiedad en los familiares y al propio paciente. La anorexia puede ser aliviada o contrarrestada teniendo en cuenta ciertas medidas higiénico-dietéticas y previniendo todo lo que circunstancialmente puede molestarle durante las horas de las comidas. Nunca obligaremos a comer si el enfermo no quiere o no puede. Los cuidadores deberán tener presente el siguiente consejo respecto a su alimentación: "lo que quiera, cuando quiera y cuánto quiera".

Para aumentar el consumo de proteínas y líquidos sin que ello resulte desagradable se recomienda aplicar las siguientes pautas:

- Añadir leche concentrada o un huevo a sopas, purés, salsas y papillas.
- Enriquecer la leche fresca con leche en polvo desnatada.
- Añadir a los caldos trocitos de carne o pescado.
- Añadir queso rallado o trocitos de queso a las tortillas.
- Añadir a los zumos o a la leche preparados suplementarios alimenticios.
- Añadir a las ensaladas, patatas y verduras unas cucharadas de mayonesa, yogur, queso fundido o rallado.
- Tomar como aperitivos frutos secos o frutas pasas.

Hay una serie de medidas a tener en cuenta a la hora de preparar las comidas que pueden estimular el apetito:

- **Presentación:**

El aspecto de la comida induce a veces a aceptarla o rechazarla; ésta debe cuidarse jugando con los platos combinados, los diferentes colores, con gustos que contrasten, usando hierbas aromáticas, adornos, etc.

Es importante considerar los cubiertos y la vajilla como parte influyente en la presentación. Por ello se cuidará su aspecto y limpieza.

No presentaremos otro plato sin haber retirado el anterior, y nunca serviremos o recogeremos con prisa.

- **Cantidad:**

Los platos deben servirse con cantidades pequeñas, menores a lo que creamos que va a comer, sirviéndola en platos pequeños. Es mejor que repita a que rechace la comida antes de empezar por creer que no podrá con ella. Es preferible ingerir poco en cada comida, aumentando el número de ellas.

- **Frecuencia:**

. Invitar, no obligar. Insinuaremos si le apetece tomar algo; si no, esperaremos a que nos lo pida.

- **Características:**

- Las comidas deberán servirse húmedas o caldosas, para que puedan masticarse y tragarse sin dificultad, y acompañadas de bebidas.
- La textura de los alimentos se adecuará a la capacidad de masticación.
- La temperatura será preferentemente tibia o temperatura ambiente.
- Serán poco olorosas, evitando fritos, picantes o comidas muy dulces, que sacian pronto y tienen digestiones más pesadas.
- Si no existe contraindicación, ingerir las comidas con sal, ya que estimula la ingesta de líquidos.

- **Dieta:**

- Mientras el enfermo esté relativamente en buenas condiciones, procuraremos que sea equilibrada.
- Cuando empeore, sólo atenderemos a sus peticiones.
- Deben aprovecharse las horas en que el paciente tiene más apetito para introducir los alimentos más nutritivos.
- Para la elección del menú, se esperará en lo posible la hora de la comida. (No adelantarse).

- **Líquidos:**

Ofrecer bebidas frecuentemente, a ser posible frías, sorbiéndolas lentamente. Emplear una pajita si esto le ayuda. Evitar la ingestión de líquidos justo antes de las comidas.

- **Lugar y posición:**

Preferiblemente, en el comedor con su familia. Las comidas en soledad pueden resultar aburridas y desmotivadoras. Si está débil, comerá en la cama pero procurando que lo haga siempre acompañado y tomando los alimentos incorporado y despacio. Sólo le daremos de comer si por sí solo no puede.

Además de todo lo anterior, hay que tener en cuenta una serie de elementos que también influirán sobre el apetito del paciente:

- Control del dolor, evitando procedimientos dolorosos cerca de las comidas.
- Disminución de la fatiga.
- Prevención y tratamiento de náuseas y vómitos. Administrar antieméticos si está pautado. Tras la comida se debe descansar pero sin tumbarse.
- No es conveniente que el enfermo se prepare sus comidas.

## ANEXO 5: CUIDADOS DE LA BOCA

### Higiene y cuidados generales:

- Cepillado de los dientes y la lengua al menos tres veces al día con un cepillo suave infantil.
- Si el cepillado no fuera posible, lavar con solución de una cucharadita de bicarbonato sódico diluida en 500 c.c. de agua, utilizando una torunda o el dedo índice protegido con un guante.
- Si es necesario desbridar, quitar placa de detritus y costras o ablandar la suciedad de la lengua, se pueden utilizar las siguientes soluciones:
  - $\frac{3}{4}$  partes de bicarbonato más  $\frac{1}{4}$  de agua oxigenada.
  - $\frac{3}{4}$  partes de suero fisiológico más  $\frac{1}{4}$  de agua oxigenada.
  - Peróxido de hidrógeno diluido (esta solución está contraindicada en caso de estomatitis).
  - Sidra más soda al 50%.
  - Perborato sódico, que no debe ser tragado.
- Para los labios utilizaremos sustancias que los mantengan húmedos y suaves:
  - Gel de metil-celulosa que no es aceitoso, es insípido y no reseca.
  - Barra de labios de cacao o bálsamo labial.
- En caso de uso de prótesis se lavará después de cada comida con clorina o Povidona iodada, no dejándola en una solución líquida después de lavada.

### Actuación ante los problemas de la boca.

- Boca seca: se caracteriza por dolor, quemazón, disminución del sabor, halitosis, fisuras en comisuras y labios y dificultad para masticar y tragar.
  - Aumentar la ingesta de líquidos.
  - Chupar cubitos hechos con zumo de fruta.
  - Masticar chicles y chupar caramelos sin azúcar.
  - Manzanilla con limón (anestésico local y estimulante de la salivación).
  - Salivas artificiales preparadas por el farmacéutico con metil-celulosa, esencia de limón y agua.
  - En paciente agónico, aplicar cada dos horas con jeringa o torunda una solución compuesta de manzanilla, vaselina líquida (5 c.c.), limón y cubitos de hielo.
- Halitosis:
  - Gargarismos de Povidona iodada al 7,5% o con agua oxigenada diluida al 10%.

- Úlceras dolorosas.

- Aplicar antes de las comidas anestésicos locales, como la xilocaína o topicaína en vaporizador.

- Candidiasis oral:

- Solución de nistatina cada 4 horas: una cucharada, enjuagar y escupir; otra cucharada, enjuagar y tragar, realizando el tratamiento durante catorce días, aunque los síntomas desaparezcan.

- Yogur natural.

- Lesiones por herpes:

- Aciclovir tópico sobre la lesión, según prescripción médica..

## ANEXO 6: ENEMAS

- Explicar al paciente qué se le va a hacer y el procedimiento a seguir.
- Antes de aplicar un enema, realizaremos un tacto rectal para valorar la existencia o no de fecalomas.
- La posición tanto para el tacto rectal, el enema, como para la extracción digital del fecaloma, es decúbito lateral izquierdo, con la pierna izquierda semi flexionada y la derecha flexionada intentando alcanzar con la rodilla la cabeza. Si no tolera esta posición, utilizaremos el decúbito supino con ambas piernas flexionadas.
- Realizaremos un tacto rectal utilizando un guante con el dedo índice bien lubricado y diciendo al paciente que haga fuerza como para defecar.
- Si no hay fecaloma, colocaremos un enema de 1000 ml. del cual desecharemos un poco y añadiremos solución de Lactulosa y 2 mycralax<sup>®</sup> hasta completar el líquido retirado. También se puede sustituir la Lactulosa y el mycralax por aceite de oliva o jabón líquido.

Cuando comprobemos que existe un fecaloma instaurado realizaremos la extracción digital del mismo, con la siguiente técnica :

- Explicar al paciente el procedimiento que le vamos a realizar, ofreciendo el tiempo necesario para que consiga estar lo más relajado posible, aconsejándole que respire despacio y profundamente.
- Introducir el dedo índice enguantado muy bien lubricado dentro del recto, lo más profundamente posible, continuando con movimientos circulares para valorar el tamaño del fecaloma.
- Intentaremos fragmentarlo con el dedo para facilitar su extracción. Realizaremos la maniobra con movimientos de retracción del dedo.
- Realizaremos pausas para que el paciente se recupere y vaya descendiendo la masa fecal.

Fuente: Marcos Gómez Sancho. ICEPSS. 1994. *Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales*. Las Palmas. p:222.

## ANEXO 7: TÉCNICAS NO INVASIVAS DE ALIVIO DEL DOLOR Y DEL ESTRÉS

Las técnicas no invasivas de alivio del dolor son medidas que complementan el tratamiento en cuidados paliativos ayudando a controlar los efectos del estrés. Los beneficios conseguidos en el propio paciente se proyectan hacia los demás compartiéndose con las personas que le rodean.

### Principios generales:

- Transmitir al enfermo que se cree en la autenticidad de su dolor.
- Explicarle la relación entre estrés-tensión muscular y dolor.
- Explicar diversos métodos de alivio para que elija uno o dos.
- Enseñar a utilizar la técnica antes de sentir dolor y a aumentar la complejidad de la distracción según el dolor aumente de intensidad.
- Informar a los cuidadores de las técnicas.
- Explicar que las técnicas de alivio del dolor se utilizan junto con la medicación, aumentando sus efectos.

No hay que olvidar aspectos a tener en cuenta, previos al momento de la relajación:

- Reducir en lo posible factores ambientales que puedan resultar estresantes.
- Cuidar la estética corporal.

### Técnicas específicas:

- Método de distracción.

La distracción es el enfoque deliberado de la atención hacia estímulos distintos al carácter desagradable del dolor. La capacidad para distraerse del dolor no significa que éste no exista o sea leve. Cuando el estímulo de distracción cesa, la atención se centra de nuevo en el dolor. Debe utilizarse un tratamiento limitado para no llegar al cansancio y producir posteriormente mayor conciencia del dolor.

Algunos métodos de distracción son:

- *Distracción visual*: contar objetos, ver fotos, revistas, televisión (aquellos programas que le parezcan especialmente divertidos o entretenidos), observar paisajes.
- *Distracción auditiva*: escuchar música, radio, lecturas en voz alta.
- *Conversación y compañía* sin que éstas conduzcan a la fatiga física y psicológica.
- *Distracción táctil*: acariciar, masajear.
- *Imaginación guiada*: se utiliza la propia imaginación para relajarse. Se crea una imagen mental placentera intentando visualizar todos sus detalles. Es aconsejable realizar respiraciones rítmicas y lentas, concentrándose en repetir "estoy relajado" hasta terminar la experiencia.

- Estimulación cutánea.

Es la estimulación de la superficie de la piel. Este tipo de estimulación además de distraer, promueve la relajación general y disminuye la ansiedad, refuerza la relación paciente-familia o paciente-cuidador, estableciéndose una comunicación no verbal.

Algunos métodos son los siguientes:

- *Masaje*: disminuye el dolor principalmente por la relajación de los músculos, aumentando la circulación capilar y mejorando la circulación en general. Las áreas corporales en las que es más frecuente que se realice el masaje son los hombros y la espalda. El masaje de manos y pies a veces es más accesible e incluso más efectivo.

- *Aplicación de frío o calor*: Para aplicar el frío nos será práctico el uso de toallas o manoplas que han sido escurridas tras haberse sumergido en agua helada, bolsas de hielo envueltas en tela para proteger la piel en el contacto, consiguiendo reducir el impulso de la conducción nerviosa, así como la respuesta inflamatoria de los tejidos. En cuanto a la aplicación del calor, el uso de toallas húmedas calientes, almohadillas de calor, baños o duchas calientes nos serán útiles para conseguir retardar la conducción neuronal de los nervios de pequeño calibre.

- *Mentol*: Aplicar sobre la piel sustancias que contienen mentol produce sensación de cambio de temperatura.

- Relajación.

Es un estado de alivio muscular que se alcanza mediante la práctica de técnicas como:

- Técnicas de respiración:

*Respiración rítmica*: consiste en respirar en una posición cómoda y en un lugar tranquilo de forma rítmica, profunda, procurando que al tomar aire llenemos el abdomen y lo dejemos salir con suavidad. A la vez debe potenciarse el pensamiento de "me siento mejor, estoy mejor, puedo controlarme". Hacer un balance de las molestias y pensar en qué se puede hacer para superarlas.

*Respiración "he-wo"*: consiste en instruir para realizar una respiración profunda. Al inspirar se dice "ji" y al espirar "jo". Puede aumentarse la frecuencia (sin exceder de 40 por minuto) si aumenta el dolor.

*Respiración con el latido cardíaco:* Contar con el pulso de la muñeca. Inspirar el tiempo de dos latidos y espirar los siguientes tres latidos.

- Evocar experiencias pasadas tranquilizadoras.

Sirve para liberar acontecimientos pasados guardados como un tesoro o reforzar la esperanza de que otro acontecimiento agradable puede volver a ocurrir.

- Meditación.
- Ejercicios de relajación profunda.

Mientras el cuerpo está inmóvil y en posición cómoda, la mente está activa, dando instrucciones al cuerpo. Se tensa un grupo de músculos mientras se inspira y se relaja lentamente mientras se espira. Se aconseja empezar por la cara, cuello y acabar en los pies. La técnica debe durar entre 15 y 30 minutos, realizándola muy lentamente. Requiere bastante adiestramiento.

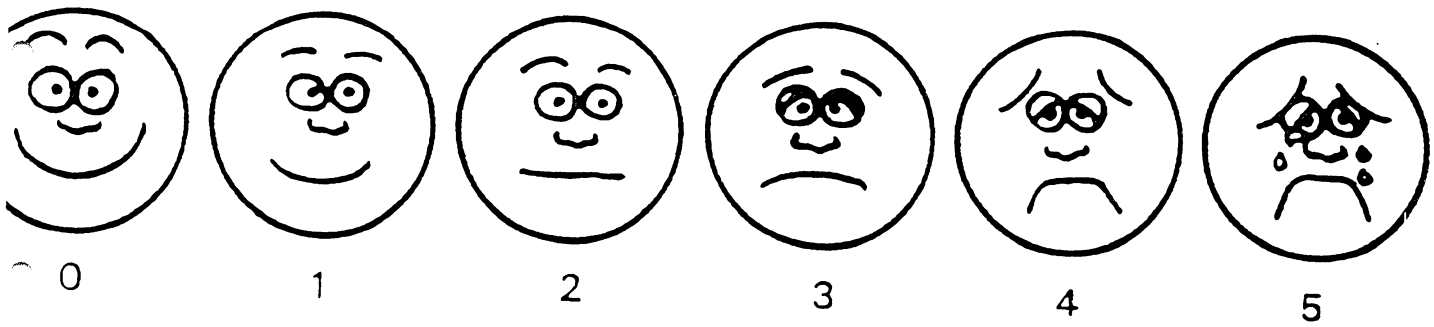
**ANEXO 8:HOJA DE VALORACIÓN DEL DOLOR  
ESCALAS PARA LA VALORACIÓN DEL DOLOR**

Fecha: \_\_\_\_\_

Hora	Clasificación del dolor	Tipo de medicación y cantidad administrada	Comentarios sobre efectos secundarios y medidas de alivio	Plan _____

# ESCALAS PARA LA VALORACIÓN DEL DOLOR

## Escala de caras Wong-Baker para la calificación del dolor



Explicar a la persona que va a usarla que cada cara es de una persona que se siente feliz porque no tiene dolor (o daño) o triste porque tiene algo de dolor o mucho.

**Cara 0.** Es muy feliz porque no siente dolor alguno.

**Cara 1.** Le duele un poco.

**Cara 2.** Le duele un poco más.

**Cara 3.** Le duele aún más.

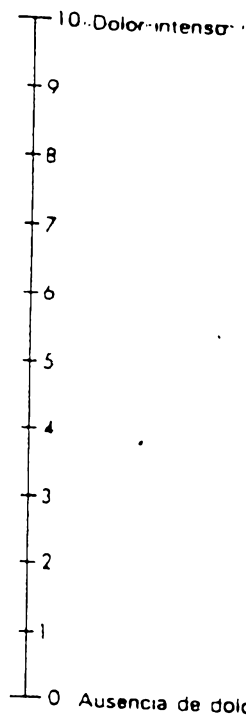
**Cara 4.** Le duele mucho.

**Cara 5.** Le duele tanto como se pueda imaginar, aunque no es necesario llorar para sentirse tan mal.

Pida a la persona que elija la cara que mejor describa cómo se siente.

*Recomendado para personas de 3 años en adelante*

Publicado originalmente por Whaley, L. y Wong, D.: Nursing care of infants and children, 3.ª ed., pág. 1070, copyright por C. V. Mosby Company, 1987. Reproducido con permiso.  
Investigación registrada en Wong, D., y Baker, C.: Pain in children: comparison of assessment scales. Pediatric Nursing, 14 (1), 9-17, enero-febrero de 1988.



Escala análoga vertical visual.

## ANEXO 9: MEDIDAS QUE FACILITAN EL AHORRO DE ENERGÍA

Evite las prisas planificando las actividades del día y distribuyéndolas a lo largo del mismo.

Evite las situaciones de estrés en la medida de lo posible.

Tómese un descanso siempre que lo necesite cuando esté realizando una actividad.

Observe y practique posturas que le facilite el descanso.

Para facilitar sus movimientos dentro de casa coloque sillas donde las pueda necesitar: baño, cocina,...

Pasee siempre que pueda haciéndolo sin prisas y relajadamente (descanse siempre que empiece a notar fatiga).

Suba las escaleras sin prisas, sincronizando los movimientos con su respiración.

Cuando precise agacharse, realice una inspiración profunda y espire mientras se agacha.

## ANEXO 10: ESCALA DE KARNOFSKY PARA VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

Descripción	%
.....	
Sin quejas ni indicios de enfermedad	100
Capaz de llevar una actividad normal; Mínimos signos o síntomas de enfermedad	90
Aparición de signos o síntomas de enfermedad con el esfuerzo	80
Cuida de si mismo; incapaz de llevar una actividad normal o trabajar	70
En ocasiones precisa ayuda, pero es capaz de cuidar de sus necesidades más personales	60
Requiere bastante ayuda y cuidados médicos frecuentes	50
Inválido; requiere atención y ayuda Médicas especiales	40
Gravemente incapacitado; está indicada la hospitalización, aunque la muerte no es inminente	30
Muy enfermo; requiere hospitalización; precisa tratamiento de mantenimiento	20
Moribundo, procesos mortales rápidamente progresivos	10
Muerte	0

## ANEXO 11: VALORACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA.

*Alerta:* consciente, despierto. Orientado en tiempo, lugar y persona. Respuestas normales y adecuadas a los estímulos visuales, auditivos, etc.

*Letárgico:* duerme si no se le estimula. Responde a los estímulos fácilmente. Cuando se despierta está orientado. Su habla puede ser lenta o vacilante.

*Obnubilado:* duerme si no se le estimula. Responde a los estímulos más potentes (sacudidas, estímulos dolorosos). Vuelve a dormir si se suprime la estimulación.

Responde verbalmente (palabras inconexas).

*Estuporoso:* nunca está totalmente despierto. Sólo responde a estímulos dolorosos. No hay respuesta verbal a los estímulos.

*Semicomatoso:* responde a ciertos estímulos (dolor) con movimientos reflejos. Existe reflejo nauseoso al estimular la orofaringe y reflejo ocular al estimular la córnea. Puede presentar postura de descerebración o decorticación (lesión cerebral).

*Comatoso:* No responde a estímulos dolorosos fuertes. Reflejos ausentes y atonía muscular en las extremidades.

Fuente: López, I. 1994. *Diagnósticos de enfermería*. Atención domiciliaria. Editorial Interamericana. Madrid. p:714

## IX. BIBLIOGRAFÍA

Carpenito L J. *Manual de diagnósticos de enfermería*. Interamericana. Mc Graw-Hill.

López, I. 1994. *Diagnósticos de enfermería*. Atención domiciliaria. Editorial Interamericana. Madrid.

Fornes J. & Thomas A. 1993. *Enfermo terminal*. Planes básicos de cuidados. Rol de enfermería. Nº 184 Dic-93, págs. 63-69.

Thomas A. 1993. *Conceptos básicos para la elaboración de planes de cuidados*. Metodología para la elaboración de planes de cuidados. *Enfermería Clínica*, Vol 4 Nº 1 págs. 28-35 y 36-38.

Asociación española contra el cáncer. *Cuidados de enfermería al paciente ONCOLÓGICO en estado terminal*. XI Sector.

Unidad de cuidados paliativos Hospital Santa Creu. *Atención domiciliaria de enfermos terminales*.

Sanz J, Gómez M, Nuñez J. 1993. *Cuidados paliativos*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

Marcos Gómez Sancho. ICEPSS. 1994. *Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales*. Las Palmas.

Twycross R, Lacks S. Oct-1987. *Terapéutica del pacient amb cancer terminal*. Ed. Eumo.

Sociedad Catalana Balear de cures paliatives. -1992. *Cures de la boca*.

Extensión de la búsqueda:

- Servicio de información bibliográfica de Índex de Enfermería.
- Índex Medicus.