

Programa Argentino de Medicina Paliativa
Fundación FEMEBA.

Año 2004.

CUIDADO PALIATIVO. GUÍAS DE TRATAMIENTO PARA ENFERMERÍA.

Enf. Roxana Bonacina, Dra. María A. Minatel,
Dra. Valeria Tedeschi, Lic. Clara Cullen
y Dr. Roberto Wenk.

Editado por Roberto Wenk.

Impreso con fondos de la Organización Mundial
de la Salud y de la Fundación Canadiense
de Cuidado Paliativo.

Esta guía se refiere a la asistencia de pacientes con enfermedad incurable avanzada. Contiene sugerencias terapéuticas que pueden ser leídas fácilmente en poco tiempo. Su contenido será revisado y actualizado aproximadamente cada 2 años; los autores agradecerán a los usuarios sus sugerencias de cambios.

ÍNDICE.

	Pág.		Pág.
Introducción	3	Cavidad oral	33
Evaluación de síntomas	4	Vía subcutánea	34
Dolor por cáncer	10	Ostomas	36
Disnea	19	Fístulas	38
Constipación	22	Delirium	40
Náuseas y vómitos	24	Alimentación enteral	42
Úlceras por decúbito	26	Lectura sugerida	44
Linfedema	29		

ABREVIATURAS.

AO	⇒ analgésico opioide.
AINE	⇒ anti-inflamatorio no esteroide.
cc.	⇒ centímetro cúbico.
Comp.	⇒ comprimido.
H	⇒ hora.
IV	⇒ intravenoso.
IM	⇒ intramuscular.
L	⇒ litro.
Mg.	⇒ miligramo.
min.	⇒ minuto.
O	⇒ oral.
SC	⇒ subcutáneo.
SL	⇒ sublingual.
SOS	⇒ según necesidad.
D 5 %	⇒ solución dextrosa 5 %
SF	⇒ solución fisiológica.

INTRODUCCIÓN.

Situación actual.

Muchas personas sufren innecesariamente al final de la vida, por errores de omisión (cuando no se les provee la atención reconocida como efectiva) y por errores de selección (cuando se les provee la atención que se sabe es inefectiva). Numerosos estudios repetidamente indican que una significativa proporción de pacientes con enfermedad incurable avanzada experimenta dolor severo, a pesar de la disponibilidad de opciones farmacológicas y no-farmacológicas efectivas para controlar el dolor. Los demás síntomas asociados a estas enfermedades han sido menos estudiados, pero la información disponible indica que también reciben tratamiento inadecuado. En esta situación de subtratamiento se realizan intervenciones inefectivas, y a veces agresivas que pueden prolongar y deshonorar el período de muerte. En algunos casos la atención es aceptada con conocimiento, en otros es provista contra los deseos del paciente, pero en la mayoría es probablemente provista y aceptada con poco conocimiento o consideración de sus beneficios y riesgos. Esto ocurre en la mayoría de los países en desarrollo, y también en algunos países desarrollados. Esta situación reclama un modelo de atención diferente, aplicable en todas las disciplinas sanitarias, que considera la preservación de la vida, el alivio del sufrimiento, el respeto por las preferencias y valores personales, y la honestidad en la comunicación.

Cuidado Paliativo.

El Cuidado Paliativo es una disciplina emergente de la Medicina que ofrece la solución adecuada porque reconoce la importancia del alivio del sufrimiento y también de la cura. Propone la aceptación de las dimensiones interpersonal, personal y espiritual de la vida, el reconocimiento de las diferencias y cualidades de la experiencia vital, la ayuda para lograr la adaptación a la enfermedad, y la comprensión del sufrimiento sin relacionarlo completamente a los síntomas o a la fisiopatología, sino también a la situación psico-socio-espiritual.

El Cuidado Paliativo, debe su nombre a la palabra "paliar" (significa aliviar, mitigar, dar alivio transitorio sin intención de cura), tiene su origen en el Reino Unido en la década del 60 como respuesta a las necesidades insatisfechas de los pacientes en el final de sus vidas y de sus familias. El movimiento "hospice" rápidamente se globalizó, y desde entonces se adquirió gran cantidad de conocimiento sobre la evaluación y tratamiento de los problemas físicos y psico-sociales en pacientes con cáncer y otras enfermedades incurables progresivas.

El Cuidado Paliativo es necesario porque muchas enfermedades (cáncer, SIDA, algunas enfermedades neurológicas degenerativas, etc.) no pueden ser todavía curadas y provocan sufrimiento innecesario.

Definiciones.

ES UN MODELO ASISTENCIAL QUE MEJORA LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES DE PRONÓSTICO LETAL, Y LA DE SUS FAMILIAS. SE BASA EN LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL SUFRIMIENTO CON IDENTIFICACIÓN PRECOZ Y EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO ADECUADOS DEL DOLOR Y OTROS PROBLEMAS FÍSICOS, PSICO-SOCIALES Y EXISTENCIALES.

Organización Mundial de la Salud, 2002.

ES UN PROGRAMA EXPERIMENTADO, DE NATURALEZA INTERDISCIPLINARIA, DIRIGIDO AL QUE ESTA MURIENDO Y AL QUE ESTA EN DUELO; PARA SATISFACER LOS ASPECTOS FÍSICOS, EMOCIONALES Y ESPIRITUALES DE LOS PROCESOS DE MUERTE Y DUELO. SU FILOSOFÍA ES EL ALIVIO Y CONFORT.

Adaptado de Canadá Health and Welfare, 1989.

Conceptos complementarios:

PROBLEMAS SOCIALES, PSICOLÓGICOS Y EXISTENCIALES. El sufrimiento es multifactorial, y un paciente con cáncer tiene todos sus componentes: físicos (dolor, vómitos, disnea), sociales (falta de recursos económicos, burocracia del sistema sanitario), psicológicos (ansiedad, depresión, trastornos cognitivos) y existenciales (ansiedad por la muerte inminente, remordimientos, falta de esperanza, vida conflictiva). Solo hay que tener presente que existen, en diferente proporción, e investigarlos.

Es importante el control de los síntomas físicos, pero también se debe trabajar sobre los no físicos: un tratamiento es incompleto e ineficaz si se asiste en una sola dimensión. Los síntomas físicos capturan la atención del observador, y son los más fáciles de tratar. Una vez controlados, los pacientes comienzan a manifestar los componentes no físicos del sufrimiento, que son más difíciles de resolver.

MEJOR CALIDAD DE VIDA POSIBLE. Su objetivo principal es posibilitar al paciente con enfermedad incurable avanzada la mejor calidad de vida posible por el mayor tiempo posible. Se ayuda al paciente a vivir sus últimos tiempos, y a morir, con confort y con dignidad. La filosofía de los CP considera que morir con dignidad es hacerlo respetado en la individualidad (como persona única) y siendo la preocupación de otras personas (el equipo terapéutico y la familia).

EL PACIENTE Y SU FAMILIA. La familia es un grupo de personas que tiene historia, presente y futuro comunes: la enfermedad de un miembro causa impacto en los otros miembros. Esa es la razón por lo que la unidad de tratamiento es la familia, no solo el paciente. Los miembros no enfermos también necesitan asistencia para pasar la experiencia de tener un familiar enfermo y poder manejar las emociones negativas que sufren. Además, cuando se realiza tratamiento en domicilio, la familia se transforma en parte del equipo asistencial y requiere educación, entrenamiento y apoyo específicos.

APLICABLES EN FORMA TEMPRANA. Las técnicas de CP deben ser aplicadas desde el diagnóstico de la enfermedad, simultáneamente con el tratamiento curativo ("tratamiento continuo" es la interacción de curación y paliación).

INTERDISCIPLINARIO. Las múltiples necesidades del paciente y su familia hacen necesaria la participación de varias personas de diferentes profesiones: médicos, enfermeras, voluntarios, asistentes sociales, psicólogos, fisiatras, religiosos, farmacéuticos. La actividad de un equipo multiprofesional, multidisciplinario garantiza CP integral y calidad aceptable de asistencia. El CP no puede ser realizado por una sola persona: el equipo mínimo necesario es un médico/a y un/a enfermero/a entrenados.

PROGRAMA EXPERIMENTADO. Es un programa de asistencia activa, no solo una filosofía o un principio. Es una actividad desarrollada por una disciplina médica específica, que posee técnicas también específicas y que requiere experiencia y entrenamiento calificados.

DUELO. Los familiares que carecen de apoyo en el período de duelo tienen un índice más alto de morbilidad. Después de la muerte del paciente debería dedicarse un tiempo a la detección de familiares con posibilidad de duelo patológico, y a su asistencia.

EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS.

El control de síntomas es la base de los Cuidados Paliativos (CP). En los últimos años se perfeccionó el control de síntomas y se logró consenso sobre su evaluación y monitorización.

Los objetivos de la evaluación de síntomas en CP son:

- Identificación, cuantificación y registro
- Toma de decisiones clínicas
- Monitoreo del tratamiento, evaluación de resultados
- Evaluación epidemiológica
- Control de calidad
- Organización
- Investigación

En el proceso evaluativo se distinguen dos fases bien diferenciadas: **Evaluación inicial**, que define la situación basal y establece diagnósticos, y **Evaluación de resultados** de evaluación del tratamiento aplicado. Los aspectos particulares de la evaluación en CP son:

1. La interacción compleja de los factores físicos, emocionales, sociales y espirituales que afectan al paciente, su familia y el equipo de salud.
2. La gran subjetividad en la percepción y expresión de los síntomas, y de los aspectos que determinan el sufrimiento o el bienestar de las personas. Lo evaluable es subjetivo, y la percepción y expresión está modulada por múltiples factores de la situación única de cada persona.

La evaluación semi-estructurada con la ayuda de instrumentos, realizada durante la entrevista clínica, ayuda a objetivar lo subjetivo. La elección de los instrumentos que se utilizan debe estar en relación con las prioridades (asistenciales o de investigación), con los aspectos a evaluar: globales (bienestar, calidad de vida) o parciales (síntomas), con la frecuencia de aplicación y con los encargados de evaluar.

Instrumentos utilizados en CP.

Escala Visual Análoga (EVA).

Es una línea horizontal de 100 milímetros en cuyos extremos se encuentran las expresiones máximas de un síntoma (dolor, cansancio, angustia, etc.): en el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad posible. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en milímetros.



Escala numérica (EN).

Es un conjunto de números de cero a diez, donde cero es la ausencia del síntoma a evaluar y diez su mayor intensidad. Se pide al paciente que seleccione el número que mejor indique la intensidad del síntoma que se está evaluando. Es el método más sencillo de interpretar y el que tiene menos variabilidad idiomática y cultural.



Escala categórica (EC).

Es un conjunto de palabras que, para un idioma determinado expresan intensidad; se pueden asociar con números. Se pide al paciente que elija una palabra que indique la intensidad del síntoma que se está evaluando. Son utilizadas cuando al paciente tiene dificultad para comprender las instrucciones del uso de la EVA y EN. Las críticas a estas escalas son que los intervalos entre las categorías no son iguales y hay variabilidad idiomática.

0 = Nada 4 = Poco
6 = Bastante 10 = Mucho

Sistema de evaluación de síntomas de Edmonton.

ESAS: Edmonton Symptom Assesment System.

Es una lista de 10 EN que evalúan el promedio de intensidad en las últimas 24 h. de diferentes síntomas. Se pide al paciente que seleccione el número que mejor indique la intensidad de cada síntoma. Se puede dejar una EN libre para evaluar otro problema que el paciente identifique como importante y no encuentre incluido en la escala.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sin dolor Máx. dolor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sin cansancio Máx. cansancio

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sin náusea Máx. náusea

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sin depresión Máx. depresión

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sin ansiedad Máx. ansiedad

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sin somnolencia Máx. somnolencia

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Buen apetito Sin apetito

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Máx. bienestar Máx. malestar

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sin falta de aire Máx. falta de aire

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sin dificultad para dormir Máx. dificultad para dormir

En el PACI (UCP Sommer) se cambiaron Ansiedad x **ANGUSTIA**, Depresión x **TRISTEZA**, Máximo bienestar: **10**, y Buen apetito: **10**.

Si no se puede utilizar la escala numérica, se evalúa con escala categórica y se asientan los valores de cada categoría.

NADA = 0, POCO = 4, BASTANTE = 6, MUCHO = 10

Escala de confort de Edmonton.

ECAF: Edmonton Confort Assessment Form.

Es una hétero-evaluación que se utiliza para cuantificar el confort del paciente cuando no puede comunicarse; la evaluación la realizan los familiares, el personal de enfermería y el personal médico de la Unidad de CP

Conducta observada en el turno	Ausente 0	Solo con estímulo 1	Espontáneo ocasional 2	Frecuente 3	Continuo 4
Gestos de disconfort.					
Quejidos, palabras aisladas					
Gritos					
Tocar o escarbar un área					
Movimientos sin objetivo					
Respiración laboriosa y ruidosa					
Total: /24					

¿Cuán confortable ha estado el paciente en las últimas horas? (Marcar con una x).

Cuidador principal.
Máximo disconfort 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy confortable

Cual cree que es la causa del disconfort ? (Puede marcar más de una)
Dolor, náusea, confusión / desasosiego, necesidad de orinar / defecar, falta de aire, hambre, sed, desconocida, otra:

Médico.
Máximo disconfort 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy confortable

Cuál cree que es la causa del disconfort ? (Puede marcar más de una)
Dolor, náusea, confusión / desasosiego, necesidad de orinar / defecar, falta de aire, hambre sed, desconocida, otra:

Enfermero.
Máximo disconfort 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy confortable

Cuál cree que es la causa del disconfort ?(Puede marcar más de una)
Dolor, náusea, confusión / desasosiego, necesidad de orinar / defecar, falta de aire, hambre, sed, desconocida, otra:

La segunda parte de la la escala permite detectar áreas de posibles conflictos en los familiares, como por ejemplo interpretar la taquipnea como disnea y relacionar la muerte con la asfixia, o la falta de ingesta oral con la sed o el hambre.

Método de evaluación de confusión.

CAM: Confusion Assessment Method.

Los trastornos de la función cognitiva (cognición: proceso mental que nos permite imaginar, obtener conocimiento, razonar sobre él y juzgar su significado) son comunes en los pacientes con cáncer avanzado y a menudo tienen múltiples causas. La evaluación cuidadosa puede identificar alteraciones que ayudan al diagnóstico de estos trastornos frecuentemente no diagnosticados. El CAM es una herramienta de hétéro-evaluación de uso exclusivo de psiquiatras y médicos entrenados. Las características diagnosticas son generalmente referidas por la familia o la enfermera, y corresponden a una respuesta positiva a las siguientes preguntas.

Característica 1. Comienzo agudo y curso fluctuante.

Existe evidencia de algún cambio agudo en el estado mental con respecto al basal del paciente ?

La conducta anormal fluctúa durante el día, alternando períodos normales con estados de confusión de severidad variable ?

Característica 2. Desatención.

Tuvo el paciente dificultad en enfocar la atención, p. e., estuvo distraído o perdió en algún momento el hilo de lo que se estaba diciendo ?

Característica 3. Pensamiento desorganizado.

Tuvo el paciente pensamiento incoherente, o mantuvo una conversación irrelevante, poco lógica o con ideas poco claras; o inexplicablemente cambió de tema de conversación ?

Característica 4. Alteración de la conciencia.

Observando al paciente, se considera normal al estado ALERTA. Estados anormales:

- VIGILANTE (hiperalerta, muy sensible a los estímulos ambientales)
- SOMNOLIENTO (fácilmente despertable)
- ESTUPOROSO (difícil de despertar)
- COMA (imposible de despertar).

DELIRIUM
Características 1 y 2, y característica 3 ó 4.

Test Mini Mental de Folstein.

MMSE: Mini Mental State Examination.

El Mini Mental examina la concentración, orientación, memoria inmediata y retrógrada, habilidad para el cálculo, capacidad constructiva y comprensión. Es útil para detectar falla cognitiva aunque no distingue entre Delirium y demencia.

	Máx.	Pte.
<u>ORIENTACIÓN</u> (1 punto cada respuesta correcta).		
Cual es el: día, fecha, mes, año, estación ?	5	
Donde estamos: lugar, calle, piso, ciudad, país ?	5	
<u>FIJACIÓN</u> (1 punto cada respuesta correcta).		
Nombre 3 objetos (PELOTA, BANDERA, ÁRBOL) y pida al paciente que los repita.	3	
<u>ATENCIÓN</u> (1 punto cada respuesta correcta).		
Pida al paciente que reste: 100-7,-7,-7,-7-7 (93, 86, 79, 72 65) o que deletree la palabra "MUNDO" de atrás hacia adelante (ODNMU)	5	
<u>MEMORIA</u> (1 punto cada respuesta correcta).		
Pida al paciente repetir los 3 objetos nombrados antes	3	
<u>LENGUAJE</u> (1 punto cada tarea correcta).		
Denominar (señalando los objetos): reloj, lápiz.	2	
Repetición (el flan tiene frutillas y frambuesas).	1	
Comprensión (tome un papel con su mano derecha, dóblelo el 1/2 y póngalo en el suelo).	3	
Lectura (cierre los ojos)	1	
Escritura (escriba una oración)	1	
Copiar el dibujo	1	
	Total:	
	30	

Su puntaje máximo es de 30 puntos, y se considera trastorno cognitivo cuando su puntaje es inferior a 24. La siguiente escala ayuda a determinar la puntuación esperable sobre la base de la edad y la escolaridad del paciente.

Estudio (años)	Edad					
	≤ 39	40-49	50-59	60-69	70-79	≥ 80
0 – 4 años	20	20	20	19	18	16
5 – 8 años	24	24	25	24	23	22
9 – 12 años	28	28	27	27	26	23
Universidad	29	29	28	28	27	26

Para evitar que el paciente se sienta evaluado o incómodo, se le debe informar la frecuencia y el motivo de esta evaluación y aclarar que no es un examen y que no se está midiendo su inteligencia.

Escala de confusión.

DRS: Delirium Rating Scale.

Es una hétéro-evaluación muy simple que el personal de enfermería completa antes de finalizar su guardia. Utiliza las siguientes definiciones:

Desorientación: manifestación verbal o de conducta que demuestra que el paciente no está orientado en tiempo y/o espacio, o que no reconoce una persona conocida.

Conducta inapropiada: para consigo mismo o con el medio, p.e.: tocar las guías de suero, desvestirse, intentar salir de la cama cuando no puede, etc.

Comunicación inapropiada: sin posibilidad de comunicarse o un lenguaje no comprensible o ilógico.

Alucinación: percepción sensorial sin estímulo externo del órgano sensorial involucrado. P.e.: “ver” en la habitación una persona que no está. Pueden ser visuales, auditivas, olfatorias, táctiles, gustatorias.

Ilusión: percepción defectuosa de un estímulo externo real. P.e.: el movimiento de las palas del ventilador de techo de la habitación parece ser las alas de un gran pájaro.

	Mañana	Tarde	Noche
Desorientación			
Conducta inapropiada			
Comunicación inapropiada			
Ilusiones / alucinaciones			

Instrucciones para el uso:

1. Considerar la noche a partir de la medianoche.
2. Anotar la ausencia o presencia de los 4 ítem al finalizar el turno.
3. Codificar cada ítem de la siguiente manera:
0 = no presente durante el turno.
1 = presente en forma leve durante el turno.
2 = presente en forma acentuada durante el turno.
4. Si la evaluación no fue posible durante todo el turno especifique por qué:
A = Durmió tranquilo.
B = Sedado farmacológicamente.
C = Estuporoso o en coma.
D = Otra razón (especificar)

RECOMENDACIONES PARA ENFERMERIA

- Definir que instrumentos se utilizarán.
- Estudiar y conocer los instrumentos que se utilizan; no se puede improvisar. Antes de utilizarlos, observar entrevistas donde un experto los aplique.
- Disponer del tiempo que requiere cada evaluación.
- Evaluar en un lugar adecuado, tranquilo, sin distracciones e interrupciones.
- Evaluar la posibilidad de realizar la entrevista sin la presencia de familiares.
- Explicar al paciente los objetivos de la evaluación: si comprende su finalidad la aceptará y colaborará.
- Presentar el instrumento que se utilizará para que el paciente lo conozca.
- Explicar como se realizará la evaluación; es necesario que comprenda las consignas de la evaluación.
- Preguntar si la evaluación le resulta incómoda, molesta o difícil.
- Solicitar al paciente una respuesta concreta; si el paciente no puede, asentar los motivos en la evolución de enfermería y establecer que se realiza una hétero-evaluación.
- En cada entrevista se deben consultar las evaluaciones anteriores para conocer la evolución de los síntomas y hacer énfasis en los de mayor intensidad o importancia.
- Evaluar presencia de alucinaciones y mioclonías.

DOLOR POR CÁNCER.

Dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada, o no a un daño real o potencial de los tejidos, o descrito en términos de dicho daño (IASP, Asociación Internacional del Estudio del Dolor).

Sufrimiento (también se denomina “dolor total”) es un estado de malestar severo asociado con eventos que amenazan la integridad de la persona (Cassell, 1991). También se puede definir como la experiencia global desagradable generada por percepciones negativas; una de ellas es el dolor (Portenoy, 1990). El sufrimiento es multifactorial, y un paciente con cáncer tiene todos sus componentes: físicos (dolor, vómitos, disnea), sociales (falta de recursos económicos, burocracia del sistema sanitario), psicológicos (ansiedad, depresión, trastornos cognitivos) y existenciales (ansiedad por la muerte inminente, remordimientos, falta de esperanza, vida conflictiva).

En un paciente con cáncer, además del dolor, existen en diferente proporción todos los factores que componen el sufrimiento; **hay que tenerlos presentes e investigarlos.**

Prevalencia. El 30 % de los pacientes con cáncer padecen dolor al momento del diagnóstico, el 65 – 85 % de los pacientes tienen dolor en las etapas avanzadas de la enfermedad.

Causas de dolor por cáncer.

Provocado por el cáncer

- Invasión de huesos
- Obstrucción de vísceras huecas
- Infiltración de vísceras sólidas
- Obstrucción venosa o arterial

Provocado por los tratamientos

- Secundario a cirugía.
- Secundario a QMT: neuropatía periférica, mucositis.
- Secundario a RT: mielopatía o fibrosis de un plexo post radiación.

Sin relación al cáncer o sus tratamientos

- Artrosis, migraña, hernia de disco, etc.

Evaluación.

Para evaluar intensidad del dolor, y la presencia e intensidad de otros síntomas asociados, ver el capítulo 2. El dolor de intensidad ≥ 5 (BASTANTE, MUCHO) reduce sustancialmente la calidad de vida: produce cambios en el humor, trastornos del sueño y genera incapacidad para disfrutar, trabajar y relacionarse.

El 30 % de los pacientes en tratamiento oncológico activo y el 65 - 85 % de los pacientes en etapas avanzadas tiene dolor de intensidad ≥ 5 (BASTANTE, MUCHO).

Se deben investigar las características del dolor y los factores que lo modifican para establecer su origen y mecanismo de producción.

Características.

¿Cómo es?

- ¿Cuándo comenzó?
- ¿Es periódico, rítmico?
- ¿Es continuo, persistente?
- ¿Es superficial o profundo?
- ¿Es localizado o difuso?
- ¿Con sensaciones anormales como hormigueo, quemazón o pinchazos?

Factores que lo modifican.

¿Qué lo alivia o empeora?

- Acostarse
- Caminar
- Masticar o tragar
- Orinar o defecar
- Sentarse o pararse
- Toser
- Cambios en el clima

Descripción	Sospecha diagnóstica
“Es quemante, como descargas eléctricas”	Lesión de estructura nerviosa
“Aparece y desaparece”	Cólicos
“Duele cuando como”	Lesión oral, esofágica o gástrica
“Duele en el mismo lugar, al mínimo movimiento”	Lesión ósea
“Duele cuando entro en actividad”	Lesión muscular
“Duele en el mismo lugar todo el tiempo”	Lesión de tejido blando
“Duele el abdomen, pero es difícil definir donde”	Lesión visceral

Tratamiento.

El 85 – 95 % de los pacientes pueden ser tratados efectivamente con un programa integrado de control de síntomas y terapéutica antitumoral. Según la OMS el 70 - 90 % de los pacientes pueden tener control adecuado de su dolor, con el uso de la vía oral, por días, semanas, meses o años.

A pesar del conocimiento y los recursos disponibles más del 50 % de los pacientes de los países desarrollados no tienen control adecuado de su dolor y más del 25 % de los pacientes muere con dolor no controlado.

Razones del mal control del dolor.

- Inexperiencia y falta de conocimiento en el uso de opioides
- Síndromes difíciles de tratar.
- Evaluación deficiente.
- No considerar el sufrimiento.
- Recursos terapéuticos limitados.
- Prejuicios y miedos
- No pedir ayuda

El tratamiento integral del dolor por cáncer consiste en:

- Tratamiento farmacológico
- Quimioterapia paliativa
- Radioterapia paliativa
- Cirugía
- Procedimientos anestésicos
- Procedimientos físicos: estimulación cutánea: calor, frío, masajes.
- Intervenciones psicológicas

Los objetivos son:

- Controlar el dolor.
- Mantener al paciente lúcido.
- Evitar o controlar los efectos indeseables del tratamiento.

Tratamiento farmacológico.

La “escalera analgésica” de la OMS describe el uso secuencial de los analgésicos, de acuerdo a la intensidad del dolor:

<p>Escalón 1. Dolor leve (EN 0 - 3): ⇒ Utilizar analgésicos no-opioides (si no hay contraindicación). ⇒ Utilizar drogas adyuvantes.</p>
<p>Escalón 2. Dolor moderado (EN 4 – 6) ⇒ Utilizar analgésicos opioides débiles. ⇒ Utilizar drogas adyuvantes. Continuar o no con el analgésico no-opioide.</p>
<p>Escalón 3. Dolor severo (EN 7 –10): ⇒ Utilizar analgésicos opioides potentes. ⇒ Utilizar drogas adyuvantes. Continuar o no con el analgésico no-opioide.</p>

Analgésicos no-opioides.

Los AINE se utilizan en el dolor óseo y en el asociado con procesos inflamatorios, pero tienen valor limitado por su relativa eficacia máxima. Estas drogas:

- No desarrollan tolerancia.
- Tienen mecanismo de acción diferente al de los opioides.
- Pueden ser combinados con los opioides.
- Tienen toxicidad diferente a la de los opioides; pero más seria, porque generalmente producen lesión orgánica (gastritis o úlcera gástrica, falla renal, disfunción plaquetaria, hepatopatías (con dosis supra-máximas).

	<u>Dosis.</u>	<u>Límites (en 24 h).</u>
Diclofenaco.	25 - 50 mg. C / 8-12 h.	75 - 150 mg.
Ibuprofeno.	200 - 600 mg. c / 6-8 h.	1200 - 3200 mg.
Naproxeno.	250 - 500 mg. c/ 12 h.	500 - 1250 mg.
Paracetamol.	500 mg. c / 4-6 h.	2000 - 4000 mg.

En los pacientes adultos, debilitados, se debe comenzar con dosis bajas.

Drogas adyuvantes. Tienen 3 objetivos importantes:

Disminuir la toxicidad inducida por los opioides.

- Antieméticos. Usualmente necesarios por pocos días después de comenzar el tratamiento o de incrementar la dosis de opioides. La primera elección es la **metoclopramida**, 10 mg. cada 4 h. en forma regular, O o SC, y 10 mg. cada 2 h. SOS, O o SC, si hay episodios agudos de náuseas o vómitos.
- Laxantes. Necesarios durante todo el tratamiento con opioides. En ciertas ocasiones deben administrarse dos laxantes con mecanismo de acción diferente: **hidróxido de magnesio**, 2 - 6 cucharas grandes por día, y **picosulfato de sodio**, 10 - 50 gotas por mañana, o **bisacodilo**, 1 - 3 comp. de 5 mg., dos / tres veces por día.

Potenciar la analgesia inducida por opioides.

- Corticoides. Mejoran el dolor, el apetito, la astenia y la náusea crónica. Pueden ser administrados por vía O o parenteral. Se usan la **prednisona** (20 - 100 mg. por día, O) y la **dexametasona** (3 - 32 mg., O, SC).

- **Anticonvulsivos.** Son útiles en el dolor neuropático, especialmente cuando el dolor es lacerante o quemante. Se usan la **carbamecepina** O (200 - 800 mg. por día), la **difenilhidantoína** O (200 - 500 mg. por día) y la **gabapentina** O (300 - 900 mg. por día).
- **Antidepresivos tricíclicos.** Son útiles en los dolores por compromiso nervioso. Se usa la **amitriptilina** O o la **nortriptilina** O, 10 - 25 mg. por noche.
- **Bifosfonatos.** Son útiles en el dolor óseo; se usa el **pamidronato** (90 mg., en infusiones EV mensuales).

Los anti-convulsivantes y antidepresivos tricíclicos en general, al inicio del tratamiento provocan somnolencia y por esta razón se comienzan con dosis bajas y se incrementan de acuerdo a la respuesta.

Tratar otros síntomas concurrentes (vómitos, anorexia, astenia, disnea, Delirium) que los opioides no mejoran (eventualmente pueden empeorar algunos). Ansiolíticos, neurolépticos

Analgésicos opioides. Son las drogas más importantes en el tratamiento del dolor por cáncer. Ejercen su acción a través de los receptores opioides. Para utilizarlos es indispensable conocerlos: es necesario saber como se clasifican, cómo actúan, sus tiempos de acción, las dosis máximas, los efectos secundarios y las presentaciones.

Clínicamente, se dividen en dos grupos:

Opioides débiles

- Codeína
- Dextropropoxifeno
- Tramadol
- Hidrocodona

Opioides potentes

- Oxycodona
- Buprenorfina
- Fentanilo
- Hidromorfona
- Metadona
- Morfina
- Nalbufina
- Petidina (meperidina)

EFFECTOS SECUNDARIOS DE LOS OPIOIDES.	
Nivel de acción	Efecto
Central	Sedación, somnolencia, confusión, mioclonías y miosis. Disforia y efectos psicoticomiméticos: miedo, agitación, pánico, sensación de irrealidad, despersonalización, pesadillas, ensoñaciones vívidas, alucinaciones, Delirium, desorientación, psicosis.
Digestivo	Náusea / vómito, vaciamiento gástrico retardado, constipación, boca seca, cólico biliar
Respiratorio	Depresión respiratoria, supresión del reflejo de la tos
Cardiovascular	Hipotensión postural
Urinario	Urgencia urinaria, retención urinaria
Piel	Rubor, sudoración, prurito
Otros	Dependencia física / psicológica o tolerancia

Guía para el tratamiento analgésico farmacológico.

PRINCIPIOS.

- Titular la dosis, según el balance analgesia / efectos secundarios, hasta encontrar la que controla el dolor con menores efectos indeseables.
- Indicar dosis fijas según duración de acción.

- Indicar dosis de rescate.
- Ajustar las dosis aumentando o reduciendo en 30 – 50 % las dosis previas; la mayoría de los pacientes necesitan ajuste frecuente de la dosis.
- Evaluar la repuesta analgésica por lo menos una vez por día al inicio del tratamiento; y por lo menos una vez por semana en situación estable
- Prevenir/tratar efectos secundarios (laxantes, antieméticos)

Dosis de rescate.

1. SOS (para prevenir o controlar el dolor de aparición súbita).
2. De un opioide de acción inmediata.
3. Del mismo opioide que se administra en forma regular (aunque se pueden utilizar opioides diferentes.)
4. Del 10 % de la dosis diaria total del opioide.
5. C/ 1-2 h. hasta controlar el dolor, sin alterar los horarios de administración regular, dependiendo del opioide y la vía de administración.

Rotación de opioides.

Consiste en suspender el opioide en uso y sustituirlo por otro de la misma categoría; permite obtener buena analgesia y el control de los efectos indeseables. Técnica.

1. Calcular la dosis diaria del opioide en uso
2. Calcular su equivalencia a otro opioide fuerte.
3. Reducir la dosis en 25-50 %
4. Reemplazar los opioides:
 - Suspender el opioide en uso e iniciar simultáneamente el nuevo (opioides acción rápida)
 - Suspender progresivamente el opioide en uso e iniciar progresivamente en nuevo (opioides de acción prolongada)
5. Establecer un nuevo esquema de dosis de rescate.

Vías de administración.

Oral.

Es la mejor, se la debe utilizar mientras es posible. 60-70% pacientes requieren solo la vía O.

¿Que utilizar?

Preparaciones comerciales:

1. Comp. de 30 mg. de clorhidrato de **morfina** (nombre comercial), liberación inmediata (inicio de acción 10-90 min., duración 3 - 6 h.).
2. Comp. de 10 mg. y de 30 mg. de sulfato de **morfina** (nombre comercial), liberación sostenida (efecto máximo a las 4 h., duración 12 h.).
3. Comp. de 5 mg. y de 10 mg. de clorhidrato de **oxicodona** (nombre comercial), liberación inmediata (inicio de acción 10 – 15 min., duración 4 – 6 h.).
4. Comp. de 10 mg., de 20 mg. y de 40 mg. de clorhidrato de **oxicodona** (nombre comercial), liberación sostenida (efecto máximo a las 4 h, duración 12 h).
5. Comp. de 5 mg., de 10 mg. y de 40 mg. de clorhidrato de **metadona** (nombre comercial) (inicio de acción 15-30 min., duración 8 -12 h.).

Preparaciones magistrales elaboradas por un farmacéutico:

1. Soluciones acuosas de sulfato o clorhidrato de morfina (+ o – concentradas: 1 a 20 mg./cc., de liberación inmediata).
2. Soluciones acuosas de clorhidrato de oxicodona (+ o – concentradas: 1 a 20 mg./cc.).

Opioides de liberación sostenida.

1. Lograr buena analgesia con un opioide de liberación inmediata. No iniciar el tratamiento con opioides de liberación sostenida porque alcanzar buena analgesia puede tomar varios días.
2. Determinar la dosis diaria en mg. del opioide de liberación inmediata en uso.
3. Indicar la dosis equivalente del opioide de liberación sostenida (**morfina** u **oxicodona**) dividida en dos dosis c/ 12 h., o en tres dosis c/ 8 h. si es necesario.
4. Indicar **dosis de rescate** de opioide de liberación inmediata, preferentemente del mismo opioide.
5. Los comprimidos de liberación sostenida deben tragarse enteros: no hay que dividirlos ni triturarlos.

La **metadona** es un analgésico de gran potencia y larga vida media que requiere, durante la titulación de su dosis, el estricto monitoreo de la condición del paciente. Debe administrarse c/ 12 h. Y, en algunos casos c/ 8 h.

Parenteral.

Si no se puede utilizar la vía O (incapacidad para deglutir, obstrucción intestinal, náuseas y vómitos intratables, o fase terminal) la vía parenteral más segura y confortable es la SC. Si el paciente tiene una vía IV, se puede utilizar. No usar la vía IM porque las inyecciones son dolorosas, aumentan el riesgo de abscesos y su absorción es errática y no previsible.

Los opioides parenterales pueden ser administrados con inyecciones intermitentes o con infusión continua.

La *inyección intermitente* SC es la forma más económica y simple de administración.

Como se indica:

La dosis diaria total del opioide se divide por 6 y se administra cada 4 h. como inyección SC.

Si el paciente requiere por largo tiempo inyecciones regulares intermitentes de opioides se pueden usar equipos portátiles, económicos, simples y seguros (consultar) con los que el paciente o un familiar puede administrar las dosis.

¿Que utilizar?

Preparaciones comerciales: ampollas clorhidrato de morfina, al 1% y 2%.

Preparaciones magistrales: soluciones acuosas de sulfato o clorhidrato de morfina, o de clorhidrato de oxicodona (+ o – concentradas: 5 a 20 mg./cc.) esterilizadas en frío con filtros de microporo.

La morfina y los mitos.

La morfina es una droga que está acompañada de mitos, falsos conceptos y verdades a medias, con relación a su indicación, población que la consume y efectos secundarios. Estos mitos pueden representar una barrera a su uso.

En el personal de salud	En el paciente y su familia
Es la última opción	Significa que pronto voy a morir
Sólo debe emplearse en el final	No habrá nada si hay mas dolor
Adelanta la muerte	Me volveré adicto
Adicción	Soy alérgico a ella
Depresión respiratoria	No podría tomarla
Efectos secundarios inaceptables	
Tolerancia y dependencia física	

No sirve o no funciona:

Administración incorrecta, dolor de gran intensidad, no hay indicaciones para el dolor incidente, se ignoran los aspectos psico-sociales.

NALOXONA.

Es un antagonista opiode puro.

Uso apropiado	Usos no apropiado
<ul style="list-style-type: none">• Pacientes con tratamiento opiode con depresión respiratoria severa y alteración del estado de conciencia, no despertables a la estimulación.• Pacientes con tratamiento opiode en coma agudo inexplicable por otras causas.	<ul style="list-style-type: none">• Pacientes agónicos.• Depresión respiratoria en un paciente fácilmente despertable (si existen dudas realizar gasometría)• Somnolencia y confusión sin hipoventilación severa

¿Cuándo se indica?

- FR < 8-10 por minuto
- Oximetría de pulso: Saturación < 90 %
- PCO₂: mayor 45 mm Hg.
- Disminución del nivel de conciencia: obnubilación, estupor o coma.

¿Cómo se administra?

- **Titulación:** diluir 1 amp. de 0,4 mg. en 10 cc e inyectar de 0,5 a 1 cc (0,02 - 0,04 mg.) c/ 1-2 min. hasta obtener efecto.
- **Mantenimiento** (infusión continua): 2/3 de la dosis bolo recibida c/ h + un nuevo bolo 1/2 del inicial a los 15 min.
- Se puede diluir en D 5 % o SF.
- Es fotosensible.
- NO usar luego de 24 h. de preparada la infusión.

Efectos adversos más importantes:

- Confusión y agitación psico-motriz, conducta violenta.
- Reparición y aumento del dolor.
- Taquipnea.

Para recordar:

- TITULAR siempre.
- La sobredosis de opiodes con riesgo de vida son raras en pacientes tratados por dolor con cáncer.
- La depresión respiratoria no ocurre en un paciente fácilmente despertable.
- No debe indicarse Naloxona por trastornos cognitivos o alteración del estado de conciencia solamente.
- La intoxicación por metadona o drogas de liberación lenta puede requerir dosis mayores e infusión continua debido a la vida media larga de estas drogas.
- Cuando se revierte la depresión respiratoria el paciente se despierta de golpe, como si nada hubiera pasado.

RECOMENDACIONES PARA ENFERMERÍA.

- Tener presente el concepto de sufrimiento o dolor total.
- Si es posible, evaluar el dolor antes de iniciar el tratamiento: intensidad, localización, característica, duración, posible causa.
- Si es posible, disminuir el estímulo doloroso.
- No utilizar placebos.
- Asegurar la compatibilidad de los fármacos administrados y de sus posibles reacciones alérgicas.
- Utilizar dosis correcta según vía de administración del fármaco. Utilizar la tabla para el cálculo de la DEMO.
- Evaluar y registrar la eficacia analgésica y administrar dosis de rescate si fuera necesario.
- Observar si la medicación analgésica administrada produce algún efecto adverso.
- Administrar con precaución los fármacos analgésicos por vía EV; es recomendable hacerlo lentamente para evitar posibles reacciones adversas.
- Al registrar la dosis de opioide especificar: opioide que administra, vía de administración, si es solución o jarabe (tipo, concentración y cantidad administrada), si es comprimido (tipo, mg. por comprimido y número de comprimidos). P.e: 3 cc. de solución acuosa de morfina al 10 ‰, = 30 mg. O; o 4 comp. comprimidos de oxicodona de liberación rápida de 5 mg. = 20 mg. O.
- Informar y consultar con el médico responsable cualquier duda, desconocimiento o cambios del paciente durante el tratamiento.
- Informar al médico a cargo la DEMO y el número de rescates antes del pase de sala.
- No usar rescates con opioides de liberación prolongada.
- No asociar opioides agonistas parciales (P.e. buprenorfina) o agonista-antagonistas mixtos (P.e. nalbufina) con opioides agonistas puros.
- Asegurar una ingesta oral de líquidos entre 1000–1500 cc por día. Evaluar la necesidad de hidratación subcutánea
- Establecer buena comunicación:
 - Con el paciente: demostrar interés, escuchar, ser paciente, actuar con tranquilidad y serenidad; si es posible permitir que brinde información sobre el dolor (causas, medicación administrada previamente, efectos secundarios, etc) y que participe en la toma de decisiones.
 - Con la familia: favorecer su integración en el cuidado, valorar y escuchar sus opiniones, brindarle información.
 - Con el equipo de salud: establecer objetivos y planes de cuidado, unificar criterios, conceptos e información que se dará al paciente y su familia. Solicitar la intervención de las diferentes disciplinas SOS.

COSAS QUE NO DEBEN HACERSE.

- Juzgar el dolor que el paciente manifiesta tener.
- Decir es lógico que le duela.
- Decir que es imposible que duela porque los analgésicos administrados deberían haber aliviado el dolor.
- Decir que ya no puede subir la dosis porque puede provocar adicción u otro efecto secundario.
- Decir que ya no puede hacer más nada para aliviar el dolor.

Coeficientes para calcular dosis equianalgésicas.

	Morfina O.	Morfina SC, IM, EV.
Buprenorfina SL.	x 60	ND
Buprenorfina IM, EV.	ND	x 25
Codeína O.	÷ 8	÷ 20
Hidromorfona O	x 4	
Meperidina O.	÷ 12	÷ 30
Meperidina SC, IM, EV	÷ 3	÷ 7.5
Metadona O.	X 5 - 10	ND
Morfina O.	x 1	÷ 2.5
Morfina SC, IM, EV.	x 2.5	x 1
Nalbufina IM, EV.	ND	x 1
Oxidodona O	x 1.5 (NC)	
Oxicodona SC.		÷ 1.5 (NC)
Propoxifeno O.	÷ 10	ND
Propoxifeno IM, EV.	ND	ND
Tramadol O	÷ 6 (NC)	

ND: información No Disponible; puede inferirse la equivalencia en base a la morfina.
NC: No existe Consenso.

Los coeficientes de orientación, no son exactos.

- Cuando se cambia de un opioide a otro, multiplicar por el coeficiente indicado para determinar la dosis diaria del nuevo opioide. Si se ingresa a la tabla por la columna vertical, utilizar la inversa del coeficiente.
- Al cambiar de un opioide a otro, observar cuidadosamente la respuesta individual y re-titular dosis.
- Se aconseja disminuir 30 - 50 % la dosis equianalgésica del nuevo opioide por la posible tolerancia cruzada incompleta entre opioides.
- Los comprimidos de liberación prolongada no deben ser disueltos, molidos o fraccionados.

La DEMO es la dosis equianalgésica de morfina oral día; es la cantidad de miligramos de una droga analgésica administrada por vía oral que brinda el mismo alivio que una dosis determinada de morfina.

Concentraciones de solución de preparación magistral de opioides.

10 %o (10 x mil), 10 g en 1.000 cc = 1 % (1 x ciento), 1 g en 100 cc
1 cc. contiene 10 mg. de opioide (1 cc. =10 mg.).

DISNEA.

Es la sensación subjetiva y desagradable de dificultad para respirar. Ocurre en el 20 – 80 % de los pacientes con cáncer avanzado; en el 55 % de las primeras consultas en UCP Tornú.

Reduce la calidad de vida y es un síntoma de los más temidos por el paciente, la familia y el equipo de salud

Causas.

1. Relacionadas con el cáncer

- Derrame pleural o pericárdico
- Compresión, invasión
- Linfangitis carcinomatosa
- Atelectasia
- Ascitis, distensión abdominal
- Infiltrado pulmonar
- Síndrome de vena cava superior

2. Relacionadas con el tratamiento

- Fibrosis post radioterapia
- Patología pulmonar por QMT
- Anemia / plaquetopenia

3. Relacionadas a patologías asociadas

- Trombo embolismo pulmonar
- Infecciones
- Enfermedad de la pared torácica o músculos respiratorios

La disnea es más refractaria al tratamiento que el dolor, y generalmente es subtratada. La mayoría de las veces la causa no es reversible, de todos modos siempre es posible ayudar al paciente.

Evaluación.

Para evaluar intensidad de la disnea, y la presencia e intensidad de otros síntomas asociados, ver el capítulo 2. La valoración es difícil debido a su naturaleza subjetiva y a su origen multifactorial, y al estrés que genera en el paciente, en su familia y en el equipo.

TRATAMIENTO

Debe ser adecuado a la etapa de la enfermedad, con respeto a la autonomía del paciente. Se deben discutir todas las opciones (incluso la no intervención) los objetivos, los miedos y las dudas con el paciente y su familia. Se deben reconocer los límites terapéuticos manteniendo la esperanza del alivio del síntoma.

A- Medidas generales (ver recomendaciones).

B- Medidas específicas

Tratar las causas potencialmente reversibles.

<u>Causa</u>	<u>Tratamiento</u>
Arritmia	Antiarrítmicos
Falla cardiaca	Digitálicos, diuréticos, etc.
Bronco espasmo	Broncodilatadores
Trombo embolismo pulmonar	Anticoagulación
Neumotórax, derrame pleural	Drenaje
Ansiedad	Ansiolíticos, apoyo
Infección, fiebre	ATB, antitérmicos
Anemia (Hb 9 < g.)	Transfusiones
Crecimiento tumoral	Corticoides, radioterapia
Tos seca intensa	Aire humidificado y antitusígenos

Oxígeno: el beneficio es significativo con hipoxemia (pacientes con saturación de Hb < 90 %). Se administra 3 - 8 L por min., con máscara, bigotera o sonda nasal. Los pacientes con EPOC necesitan control estricto por riesgo de retener CO₂; para evitarlo iniciar la administración con flujo bajo de 1-2 litros por minuto.

Drogas:

Opioides. Modifican la percepción de la disnea en el sistema nervioso central.

- **Morfina:** 5 - 10 mg., cada 4 h, O (2.5 - 5 mg., cada 4 h, SC). Indicar **dosis de rescate** para crisis de disnea: 3 - 6 mg. por vía O, SOS, cada hora hasta controlar o 1.5 - 3 mg. por vía SC, SOS, cada hora hasta controlar.
- **Oxicodona:** en dosis equianalgésicas. Si el paciente ya está con opioides para control de dolor, la dosis en uso regular se puede aumentar 50 - 150 %, según la respuesta.

Otras drogas.

- **Hioscina:** 0.4 - 0.6 mg., cada 4 - 8 h, O, SC (para reducir la producción de secreciones).
- **Diazepám:** 10 - 20 mg., por la noche, O (para reducir la ansiedad).
- **Lorazepám:** 2 mg., SL, SOS (en episodios de pánico, para reducción de la ansiedad).
- **Midazolám:** 5 - 20 mg., SC, SOS (en episodios de pánico, para reducción de la ansiedad).

RECOMENDACIONES PARA ENFERMERÍA.

Es importante controlar las reacciones personales que aparecen durante la asistencia de un paciente con disnea; es importante evitar la ansiedad y el miedo que suelen aparecer y actuar con seguridad y tranquilidad.

Medidas de prevención.

- Tener presente las causas de disnea de cada paciente en particular.
- Identificar a los pacientes de riesgo y extremar su valoración y vigilancia.
- Ayudar al paciente en el aseo personal.
- Enseñar técnicas de reducción de actividad muscular y modificación de hábitos de vida que generan disnea: disminuir frecuencia e intensidad de ejercicios, modificar la altura de la cama para evitar esfuerzos al acostarse y levantarse, evitar subir escaleras.

Medidas generales de tratamiento:

- Técnicas de relajación implementadas por profesionales capacitados (psicólogos, psiquiatras, médicos entrenados).
- Enseñar al paciente ejercicios respiratorios y supervisar la realización.
Respiración diafragmática: sentar al paciente, colocarle una mano sobre el abdomen debajo de las costillas y la otra sobre el tórax (para notar la elevación y descenso del tórax). Pedirle que respire lenta y profundamente por la nariz y que observe el movimiento del diafragma. Instruirlo para que al expirar contraiga el abdomen (el tórax debe permanecer quieto para que la respiración sea efectiva) y elimine el aire por la boca con los labios fruncidos. Realizar el ejercicio durante 1 min. y descansar 2 min.
Respiración efectiva: hacer que el paciente inspire el aire por la boca o nariz profundamente. Pedirle que lo retenga por unos segundos y lo expulse por la boca lentamente y con los labios fruncidos (como silbando). La expiración debe durar el doble que la inspiración.
- Tener disponible oxígeno humidificado. Administrarlo según indicación médica y/o necesidad del paciente.
- Realizar oximetría percutánea, SOS.

Medidas específicas de tratamiento en crisis.

- No dejar al paciente solo: acompañarlo para disminuir el miedo y la ansiedad.
- Administrar una dosis de rescate de morfina si esta indicada como analgésico o para la disnea.
- Administrar oxígeno humidificado.
- Colocar al paciente en la posición más cómoda para él; generalmente suele ser sentado o semi sentado porque aprovecha mejor su volumen pulmonar y la utilización de los músculos accesorios.

- Disminuir la ansiedad transmitiendo tranquilidad, confianza, seguridad y control de la situación, mantener un ambiente tranquilo, silencioso y sereno alrededor del paciente evitando ruidos molestos.
- Ventilar la habitación, procurar que la cama se encuentre cerca de una ventana. Dirigir una corriente de aire fresco a la cara del paciente con un abanico o un ventilador (reduce la sensación de ahogo).

Cuidados en la administración de oxígeno:

- Elegir el método no invasivo más cómodo y práctico para el paciente, los más utilizados son: máscara naso-bucal, cánula nasal y cánula bucal.
- Asegurar que los extremos de las cánulas y máscaras sigan la curvatura fisiológica de la nariz y evitar el apoyo continuo de las gafas o máscaras un mismo punto para prevenir lesiones en la piel.
- Disponer de prolongadores para facilitar la movilización del paciente y promover su independencia.
- Enseñar al paciente y su familia como colocar correctamente la máscara o cánula nasal y la dosificación del flujo de oxígeno: La posición correcta de máscaras o cánulas garantiza su aprovechamiento.
- Administrar siempre oxígeno humidificado: el oxígeno seca las mucosas.
- Cambiar diariamente el agua de los humidificadores porque se coloniza.
- Informar al paciente y familiar que el uso de oxígeno seca las mucosas. Para evitar esta complicación indicar la ingesta de abundantes líquidos y el cepillado de dientes y buches con bicarbonato por lo menos tres veces por día.
- El paciente y su familia deben comprender la importancia de la regulación de la dosis de oxígeno: El oxígeno es considerado medicación y como tal debe ser empleado de acuerdo a las indicaciones médicas (el oxígeno prolongado en altas dosis puede ocasionar depresión respiratoria).
- Prohibir fumar cerca de los dispensadores de oxígeno.

CONSTIPACIÓN.

Es la disminución de la frecuencia de la defecación, con materia fecal dura y difícil de eliminar, asociado algunas veces disconfort abdominal, anorexia, náuseas y dolor. El 75 % de las personas normales evacúan 5-7 veces por semana. El 50 % de los pacientes con cáncer están constipados; la constipación se observa en el 80 % de los pacientes que utilizan analgésicos opioides.

Causas comunes de constipación en pacientes con cáncer:

- Anormalidades fisiopatológicas: edad avanzada, inactividad, deshidratación, depresión, cambios en la dieta, impedimentos físicos o sociales para la defecación, dolor abdominal o rectal, desnutrición.
- Alteraciones metabólicas: hipercalcemia, hipokalemia, hipotiroidismo.
- Deformaciones estructurales: masa intraluminal, extraluminal, bridas, hemorroides.
- Drogas: opioides, anticolinérgicos, antiácidos, diuréticos, anticonvulsivantes, hierro, antihipertensivos.
- Compromiso neurológico: diabetes, lesión medular, tratamiento con vincristina.

Evaluación.

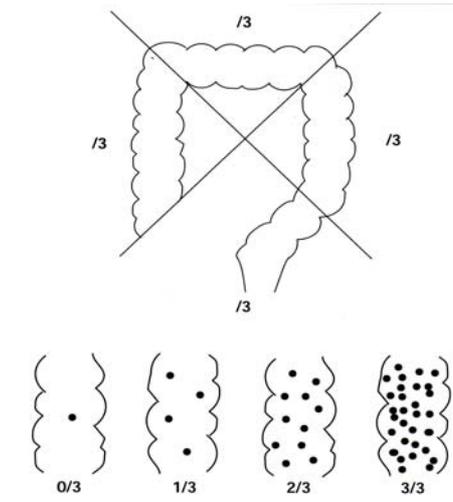
Se deben investigar:

- Fecha de la última deposición
- Frecuencia usual de deposiciones
- Características de las deposiciones (cantidad, color, consistencia)
- Síntomas asociados a la defecación (distensión, tenesmo)

- Dieta habitual y dieta actual
- Movilidad
- Momento habitual del día para la defecación
- Consumo de laxantes
- Hidratación

Diagnostico.

- Anamnesis.
- Tacto rectal (descartar impacto fecal)
- Rx abdomen.



En una RX de abdomen tomada en decúbito dorsal, trazar 2 diagonales que se cruzan en el ombligo y originan 4 cuadrantes: colon ascendente, transverso, descendente y rectosigmoideo. Evaluar la cantidad de materia fecal en el lumen: 0 = vacío, 1 = ocupa < del 50 %, 2 = ocupa > del 50 %, 3 = ocupa todo. El resultado será entre 0 y 12.

Mas de 7 indica constipación severa y requiere intervención inmediata.

Tratamiento.

Medicas higiénico – dietéticas.

- Aumentar la ingesta de líquidos (favorecen la motilidad del intestino por reducción de la consistencia de la materia fecal)
- Aumentar la ingesta de fibra (aumentan la motilidad del intestino por aumento del volumen de la materia fecal porque atraen agua). En los pacientes con cáncer, que generalmente tienen anorexia, estas recomendaciones no siempre son válidas.

2. Laxantes: Se debe indicar de rutina cuando se comienza el tratamiento con analgésicos opioides; las dosis se deben individualizar gradualmente para obtener el objetivo deseado sin provocar cólicos ni diarrea.

Se deben administrar en forma regular un laxante ablandador de la materia fecal con uno estimulante de la peristalsis.

- Formadores de bolo: aumentan el volumen y ablandan la consistencia. Pueden dar flatulencia, distensión. P.e.: fibras, semillas de salvado, macrogol.
- Lubricantes: aceites minerales. P.e.: vaselina.

- Osmóticos: estimulan el peristaltismo aumentando el volumen de heces mediante la captación de agua en el intestino. P.e. (catárticos salinos) sales de magnesio, sales de sodio, lactulosa.
- Catárticos de contacto: estimulan el peristaltismo y el aumento de la secreción. Los más usados son cáscara sagrada, sena, dantrona, aceite castor, bisacodilo, picosulfato de sodio.
- Drogas pro-quinéticas: promueven el tránsito estimulando el tracto gastrointestinal (misapride, metoclopramida, domperidona).

Supositorios y enemas:

- Supositorios de glicerina
- Supositorios estimulantes: bisacodilo
- Enemas de pequeño volumen:
 - De fosfato de sodio o de aceite: estimulan el intestino bajo y ablandan el impacto fecal.
 - Enema chica: 150 ml de agua oxigenada y 350 ml de solución fisiológica o agua con dos cucharadas soperas de sal fina, volumen total 500 ml.
- Enemas de gran volumen:
 - Enema grande: 300 ml de agua oxigenada y 700 ml de solución fisiológica o agua con dos cucharadas soperas de sal fina, volumen total 1000 ml.
 - Enema de Murphy: 500 ml de solución fisiológica, 300 ml de leche, 100 ml de vaselina líquida y 200 ml de agua oxigenada.

RECOMENDACIONES PARA ENFERMERÍA.

- Los pacientes deben tener movimientos intestinales regulares: una deposición con materia fecal blanda por día, o una cada dos días como mínimo.
- El paciente no debe estar sin evacuar más de 3 días. Si no ha habido defecación a pesar del laxante se debe hacer un enema al cuarto día, o consultar al médico.
- Respetar la indicación de laxantes.
- Aumentar la actividad física, indicando la realización de ejercicios según las posibilidades de cada paciente.
- Se deben indicar abundantes líquidos (2 – 3 l x día) para evitar la constipación.
- En caso de anorexia las fibras deben administrarse con cuidado porque pueden producir saciedad y empeorar la desnutrición.
- Explicar a los pacientes y familiares que los laxantes no deben ser suspendidos cuando el paciente presenta deposiciones diarias blandas; si las deposiciones se acompañan con cólicos, se debe reducir la dosis diaria. Si ocurre diarrea, se deben suspender los laxantes y solicitar al equipo nuevas indicaciones.

NAUSEAS y VÓMITOS.

Náusea: sensación desagradable en la garganta y el estómago, que puede o no terminar en vómito; es el deseo o necesidad de vomitar.

Vómito: expulsión del contenido gástrico a través de la garganta y la boca.

El 50-60 % de los pacientes con cáncer avanzado padecen náuseas y el 30-40 padecen vómitos. La náusea crónica puede ser más molesta que los vómitos. El vómito continuo impide la alimentación y el uso de la vía oral para administrar medicamentos. Los analgésicos opioides pueden generar náuseas y vómitos en el 30 % de los pacientes.

Causas.

- Quimioterapia (QT)

- Radioterapia (RT)
- El mismo cáncer: aumento de la presión intra craneana, obstrucción gastrointestinal, hipercalcemia, uremia, etc.
- Otras causas: infecciones (cándida, herpes), medicamentos (opioides, hierro, antibióticos, digoxina), fiebre, dispepsia, etc.
- Trastornos psico-emocionales: angustia, ansiedad

Evaluación.

Para evaluar intensidad de las náuseas y vómitos, y la presencia e intensidad de otros síntomas asociados, ver el capítulo 2. Otro método de evaluación es el de la OMS:

Grado	0	1	2	3	4
Nauseas	No	Ingesta aceptable	↓ importante de ingesta	Ingesta insignificante	Sin ingesta
Vómitos	No	1 episodio x día	2-5 episodios x día	6-10 episodios x día	> 10 episodios x día o necesidad de hidratación parenteral

Tratamiento.

Debe seguir una secuencia:

1. Control del síntoma con la administración precoz y regular de drogas antieméticas.
2. Restricción de la ingesta oral: solo líquidos para mantener hidratación; si no es posible por vía O se debe considerar la hidratación parenteral (SC = hipodermoclis).
3. Diagnostico y corrección de las posibles causas reversibles.
4. Re-establecimiento de la ingesta oral: debe ser gradual; comenzar con dieta semilíquida y si tolera durante 24 horas progresar a dieta sólida. Se pueden administrar antieméticos ½ hora antes de cada comida.

Si el paciente tiene nauseas se puede intentar administrar las primeras dosis del antiemético por vía O, pero si vomita hay que utilizar la vía parenteral (SC). Un error frecuente es la demora en el uso de la vía parenteral. Antes de discontinuar la vía parenteral se debe iniciar la administración O del antiemético.

RECOMENDACIONES PARA ENFERMERÍA.

- Administrar los antieméticos de manera reglada, con dosis de rescate SOS. Si es necesario utilizar dosis de rescate media hora antes de las comidas.
- Evaluar la intensidad de las náuseas o vómitos.
- Evitar administrar medicación en ayunas.
- Al momento de comer colocar al paciente bien sentado, de preferencia fuera de la cama, si esto no es posible ver la posibilidad de sentarlo al borde de la cama con los pies colgando o apoyados sobre una tarima
- Evitar las comidas abundantes y condimentadas, son preferibles pequeñas porciones con mayor frecuencia durante el día.
- Evitar los alimentos a temperaturas extremas, en especial los muy calientes; se recomiendan comidas frías.
- Evitar olores fuertes, tanto de alimentos como perfumes o artículos de limpieza.

- No obligar al paciente a comer, ni manifestar que la ingesta de alimentos es necesaria para su recuperación.
- Informar a la familia y solicitarle no le exija al paciente que coma.
- Si el paciente lo desea, permitir que la familia le prepare sus alimentos favoritos.
- Evaluar con el equipo la necesidad de respetar dietas; P.e.: hiposódicas, hipocalóricas.
- En ocasiones el chupar pequeños trozos de hielo reduce las náuseas.
- Si existen vómitos, evaluar las características (P.e. acuoso, bilioso, porráceo, fecaloide, etc.), medir su volumen y registrar en hoja de enfermería y balance hídrico.
- Realizar higiene bucal luego de cada episodio de vómito.

ULCERAS POR DECÚBITO.

Las úlceras por decúbito (UD), también llamadas úlceras por presión o escaras, son lesiones provocadas por una presión externa continua, mayor a la presión tisular, que disminuye la circulación y el aporte de oxígeno, y desencadena hipoxia tisular y necrosis.

Los objetivos de la asistencia de pacientes de riesgo son: prevenir, evitar la progresión, y evitar las complicaciones.

Evaluación.

La valoración de la piel se debe realizar diariamente, el momento ideal es durante el baño. Es necesario conocer los factores de riesgo de UD:

- Insuficiencia circulatoria: mala perfusión y vascularización.
- Mal estado nutricional: déficit de proteínas, vitaminas y oligoelementos.
- Deterioro de la condición mental: disminución de la motilidad.
- Incontinencia urinaria o fecal: irritación de la piel.
- Secreciones vaginales o rectales: irritación de la piel.
- Edemas: alteran la resistencia, la cicatrización y la sensibilidad.
- Corticoides: alteran la resistencia y la cicatrización.
- Fijación mecánica (férulas): generan presión o fricción.

Para determinar el riesgo se pueden utilizar diferentes métodos de valoración, P.e. la escala Nova 4.

Puntos	Estado mental	Continencia	Movilidad	Nutrición
0	Alerta	Si	Completa	Buena
1	Desorientado	Incontinencia ocasional	Deambula con ayuda	Regular
2	Letárgico	Incontinencia sin sonda	Limitación Impuesta por férula o tracción	Deficitaria
3	Comatoso	Incontinencia fecal	Inmóvil	Caquéctico
Puntuación 1 – 3 4 – 7 8 – 12		Nivel de riesgo Bajo Moderado Alto		

Tratamiento.

En numerosos casos, aún cuando se extremen las medidas de prevención, es posible que los pacientes desarrollen UD. En tales circunstancias es indispensable tener presente la filosofía de los Cuidados Paliativos para aceptar que no siempre se puede curar una UD pero si se pueden aliviar sus síntomas.

En los últimos años se han desarrollado nuevos materiales para el tratamiento de las úlceras; los más destacados son:

- Películas de poliuretano: permeables al vapor de agua, oxígeno y otros gases e impermeables al agua y a las bacterias.
- Espumas de polímero: absorben parte del exudado a su estructura y evaporan el resto. Protegen las heridas de la presión, fricción y contaminación bacteriana. Tienen capacidad de desbridamiento autolítico del tejido muerto.
- Hidroceles: absorben el 30 - 90 % de su peso. Eliminan componentes tóxicos del lecho de la herida, mantienen la temperatura y la humedad de la lesión. Se presentan en forma de apósitos, pastas y líquidos.
- Hidrocoloides: absorben exudado y detritus necrótico de las heridas convirtiéndose en un gel coloidal. Suelen estar recubiertos por poliuretano y dan temperatura y humedad ideales, limpieza y aporte de oxígeno y disminución de la cantidad de exudado acumulado. Se presentan en forma de apósitos, gránulos, pasta e hidrofibra.
- Alginatos: absorben hasta 20 veces su peso, y tienen propiedades debridadoras. Con el intercambio de iones forman un gel rico en proteínas naturales, aminoácidos y factores de crecimiento. Reducen el mal olor que pueden producir algunas úlceras por decúbito. Se presentan en forma de apósitos o fibras.

Al momento de determinar las acciones a seguir se debe tener en cuenta el estado general del paciente, su calidad de vida, su pronóstico, el estadio de la escara y los recursos disponibles.

Es indispensable determinar el estado de la UD:

- Estadio I: Eritema que no palidece en la piel intacta (enrojecimiento).
- Estadio II: Pérdida parcial del espesor cutáneo afectando a epidermis, dermis o ambas.
- Estadio III: Pérdida de todo el espesor cutáneo incluyendo lesión o necrosis del tejido celular subcutáneo, que puede extenderse en profundidad, pero no a través de la fascia subyacente.
- Estadio IV: Pérdida de todo el espesor cutáneo con destrucción extensa, necrosis tisular o lesión muscular, ósea o de estructuras de sostén y suelen presentar infección asociada.

Úlcera.	Objetivos.	Tratamiento.
Grado I	Curar la UD Evitar nuevas UD	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar la zona afectada con agua templada y jabón neutro o de glicerina, secar sin frotar. • Hidratar y realizar masajes o fricciones suaves en la zona circundante para favorecer la circulación: aplicar cremas o aceites hidratantes, nunca sobre la lesión para no dañar la piel irritada. • Aplicar aerosoles con silicona sobre las zonas enrojecidas. • Eliminar la presión y los roces en la zona afectada evitando cualquier postura que aumente la presión sobre ella. Utilizar apósitos reductores de presión, retirando los aros internos para que la zona afectada quede dentro de ellos y libre de presión. • Utilizar películas de poliuretano, apósitos de espumas de polímero, hidrogeles o hidrocoloides para proteger la piel. • Aumentar la frecuencia de los cambios posturales (con esquema de rotación estricto según las necesidades de cada paciente) y extremar los cuidados generales de la piel. • Extremar la vigilancia de la zona afectada y otras áreas de riesgo.
Grado II	Curar la UD Evitar nuevas UD	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar la zona afectada con suero salino ejerciendo presión suficiente para el arrastre mecánico de bacterias y tejido necrótico, sin ocasionar traumatismo en el lecho de la herida. El lavado debe realizarse por lo menos dos veces al día; cuando se utilizan apósitos de hidrogeles, hidrocoloides o alginatos se debe lavar en cada cambio de apósito. • La guía de la AHCPR aconseja no utilizar en la heridas iodopovi-

		<p>dona, hipoclorito de sodio, peróxido de hidrógeno y ácido acético, por su toxicidad para con los granulocitos, monocitos, fibroblastos y tejido de granulación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar apósitos de espumas de polímero, hidrogeles o hidrocoloides sobre las zonas afectadas. • Colocar espumas de polímero en forma de apósitos o esponja, o hidrogeles en forma de apósitos si hay exudado escaso. • Si se utilizan curaciones tradicionales y las gasas se pegan no arrancarlas, mojarlas 10 minutos con suero salino (hervir un litro de agua y cuatro cucharadas de sal, dejar enfriar) para que se aflojen. Puede cubrirse la zona lesionada con gasas furacinadas para evitar que se peguen. • Aumentar la frecuencia de los cambios posturales (con esquema de rotación estricto según las necesidades de cada paciente) y extremar los cuidados generales de la piel. • Extremar la vigilancia de la zona afectada y áreas de riesgo para detectar signos de evolución desfavorable. • Eliminar la presión y los roces en la zona afectada.
Grado III	<p>Evaluar la posibilidad de curación</p> <p>Evitar la progresión y nuevas UD</p> <p>Evitar dolor, infecciones y el mal olor</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si hay dolor en la zona de la úlcera dar analgésicos una hora antes de la higiene y la curación. • Lavar la zona afectada al igual que en las UD grado II. • Si no hay signo de infección y poco exudado se pueden colocar espumas de polímero en forma de apósito o esponja, hidrogeles o hidrocoloides en forma de apósitos o pasta. • Si hay exudado abundante se recomienda hidrocoloides en forma de apósitos o gránulos, o alginatos en forma de apósitos o fibras. • En lesiones profundas asociar un apósito con una pasta o fibra para cubrir toda la superficie. • Si la lesión tiene mal olor usar alginatos; si no se dispone de estos se puede lavar la úlcera con solución de metronidazol (500 mg. en 500 ml de suero salino) 1 o 2 veces por día. • Si hay sangrado realizar hemostasia con presión si no hay dolor, con toques con gasas empapadas en adrenalina al 1/1000 o apósitos hemostáticos. También se pueden usar apósitos o fibras de alginato de calcio (los iones calcio activan la cascada de la coagulación). • Si hay infección extraer muestra para cultivo. • Aumentar la frecuencia de los cambios posturales (con esquema de rotación estricto según las necesidades de cada paciente) y extremar los cuidados generales de la piel. • Extremar la vigilancia de la zona afectada y áreas de riesgo para detectar signos de evolución desfavorable. • Eliminar la presión y los roces en la zona afectada.
Grado IV	<p>Evaluar la posibilidad de curación</p> <p>Evitar la progresión y nuevas UD</p> <p>Evitar dolor, infecciones y el mal olor</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si hay dolor en la zona de la úlcera dar analgésicos una hora antes de la higiene y la curación. Evaluar la posibilidad de iniciar analgesia reglada. • Lavar la zona afectada al igual que en las UD grado II. • Si hay exudado abundante se recomienda hidrocoloides en forma de apósitos o gránulos, o alginatos en forma de apósitos o fibras. Como las lesiones suelen ser profundas e incluso tener cavernas es necesario asociar pastas o gránulos de hidrocoloides o fibras de alginato a los apósitos. Se debe llenar hasta 1/3 de la lesión con las fibras o gránulos para permitir su expansión al absorber el exudado, sin empujar y despegar el apósito externo. • Si es necesario desbridamiento, colocar hidrogeles líquidos, hidrocoloides en forma de apósitos, gránulos o alginatos en forma

		<p>de apósitos o fibras. Si no se cuenta con estos materiales se debe realizar una interconsulta con cirugía para evaluar la posibilidad de una escarectomía quirúrgica.</p> <ul style="list-style-type: none">• Si hay infección extraer muestra para cultivo.• Las úlceras de estadio IV pueden ser tratadas con azúcar (se coloca sobre la zona lesionada y se cubre con un parche de poliuretano o apósitos de algodón común.)• Aumentar la frecuencia de los cambios posturales y extremar los cuidados generales de la piel.• Extremar la vigilancia de la zona afectada y áreas de riesgo para detectar signos de evolución desfavorable.• Eliminar la presión y los roces en la zona afectada.
--	--	--

RECOMENDACIONES PARA ENFERMERÍA

Manejo de las cargas tisulares.

- Evitar presiones prolongadas en las zonas de riesgo con dispositivos como coderas y taloneras de piel médica artificial (piel de cordero), almohadas o cuñas de goma espuma.
- No utilizar dispositivos tipo anillo porque producen edema y congestión venosa y aumentan el riesgo.
- Utilizar almohadas para aumentar el máximo confort y mantener el cuerpo alineado.
- Establecer un esquema escrito de rotación de posiciones; cambiar los puntos de apoyo cada 2 horas en el paciente acostado y cada 1 hora en el paciente sentado.
- Estimular al paciente que puede movilizarse a que lo haga, enseñar rutinas de ejercicios de acuerdo a sus posibilidades.
- Realizar movilización pasiva en pacientes con alteración de la movilidad, utilizando movimientos de flexión – extensión y abducción – aducción.
- En los pacientes con alto riesgo evitar la presión sobre trocánteres. Utilizar almohadas o cojines para evitar el contacto entre las prominencias óseas (rodillas, tobillos).
- Instalar colchón de aire.

Cuidados de la piel.

- Mantener la piel limpia. Con baños diarios con agua templada (no excesivamente caliente) y jabón neutro o de glicerina. Si la movilización durante la higiene causa dolor administrar rescate analgésico una hora antes.
- Mantener la piel seca en pliegues y espacios interdigitales. El resto de la piel debe estar bien hidratada: utilizar cremas o lociones hidratantes ricas en vitaminas. Evitar cremas perfumadas que pueden irritar por su contenido de alcohol.
- La piel no debe estar en contacto directo con materiales impermeables (nylon, goma o hule) que impidan la circulación de aire y que no absorban la transpiración.
- Para disminuir la fricción e impermeabilizar la piel de las zonas de apoyo utilizar aceites para bebe o aerosoles con silicona. No usar vaselina porque seca la piel.
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y bien estirada, utilizar camiones abiertos, en lo posible sin botones, broches o cierres porque estos y los pliegues pueden lastimar la piel. Si el paciente se encuentra en su domicilio verificar que los productos para el lavado de la ropa no sean irritantes.
- Realizar masajes para mejorar la circulación; no usar alcohol y/o talco porque resecan la piel; evitar zonas enrojecidas porque se puede dañar más la epidermis.
- Elevar las piernas para evitar o disminuir los edemas.
- Asegurar una adecuada temperatura ambiental. Las temperaturas elevadas favorecen la transpiración se aumenta el riesgo de maceración de la piel, y las temperaturas bajas producen vasoconstricción periférica.
- Si el paciente tiene tubos de drenaje o sondas controlar su ubicación para evitar lesiones por decúbito.

LINFEDEMA.

Es el edema causado por el acumulo de linfa en el tejido subcutáneo, debido a un trastorno en el mecanismo de drenaje linfático.

El diagnóstico es clínico y debe sospecharse ante cualquier edema duro, poco influenciado por el decúbito. Puede aparecer inmediatamente a la exéresis ganglionar o bien tardar meses o años en aparecer.

Signos y síntomas.

- Inicialmente el edema es elástico y localizado, se incrementa con la actividad física, la bipedestación y el calor, luego progresa en intensidad y extensión, extendiéndose en algunos casos desde la raíz del miembro hasta los dedos.
- Poca sensibilidad cutánea.
- Sensación de pesadez y tensión.
- En estadios avanzados pueden aparecer ampollas de contenido seroso que al romperse forman fístulas y dan episodios de linforragia.
- Elefantiasis: la piel es dura y el miembro suele presentar rodetes limitados por surcos de profundidad variable, que pueden agrietarse.

Evaluación.

No hay establecido un método específico de evaluación del linfedema, pero se puede medir diariamente el miembro afectado, para ello es necesario marcar la zona por donde se realizará cada día la medición y realizarla a la misma hora. Además se puede realizar una EN diaria de los síntomas asociados al linfedema, como pesadez o tensión.

Tratamiento.

Es conservador y se puede aplicar al 95 % de los pacientes aproximadamente; consiste en:

Medidas de prevención, cuidado e higiene de la piel para la prevención de las infecciones con punto de partida en piel.

Drenaje linfático manual. El masaje drena el fluido de las áreas congestionadas del cuerpo a las áreas donde se puede evacuar normalmente. **No es necesario masajear el brazo o la pierna afectada porque eliminando el liquido de las áreas adyacentes se favorece el drenaje del miembro con edema.**

La técnica es masajear primero los ganglios linfáticos de cuello (flechas de la figura 1) durante 2 minutos; luego los del brazo normal ubicando la mano del brazo sano debajo de la cabeza y masajeadando los ganglios en forma circular 20 veces (figura 2).



Figura 1



Figura 2

Si el edema esta en las piernas se deben masajear los ganglios linfáticos inguinales de ambas piernas. El paso siguiente es masajear el tronco: en el edema de brazo masajear el tórax y en el de pierna masajear el abdomen. Hay que comenzar el masaje desde el área con edema hacia el área sana (flechas de la figura 3).

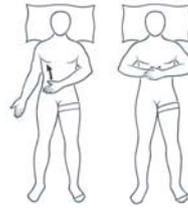


Figura 3

La técnica termina con un breve ejercicio respiratorio que ayuda al drenaje linfático profundo: ubicar ambas manos sobre el abdomen y las últimas costillas, luego respirar lento y profundo, retener la respiración, contar hasta dos y soltar el aire lentamente.

Contención elástica. Reduce el volumen del edema, mejora la circulación linfática evitando el reflujo y mejoran el retorno venoso por adecuada compresión y actividad de la “bomba muscular”

- Vendaje con venda elástica compresiva de 10 cm de ancho, comenzando desde la punta de los dedos hasta la raíz del miembro. Es efectivo cuando el edema no supera a raíz del miembro (figura 4).
- Guantes y medias elásticas compresivas tipo III (35 – 45 mm Hg.) y tipo IV (58 - 70 mm Hg.) desde que el paciente se levanta.

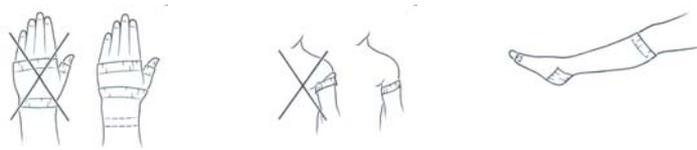


Figura 4

- Presoterapia con presión neumática intermitente, con compartimientos que ejercen presión decreciente y la presoterapia con mercurio (método de Cartier), permite moldear el contorno del miembro y ejercer una compresión uniforme del mismo. Está indicada en el linfedema severo, en la afección de los dedos, dolor persistente y en la terapia de mantenimiento entre programas de vendajes. Está contraindicada cuando hay infección en el miembro, trombosis venosa o metástasis (para evitar la diseminación) y si se está aplicando radioterapia (puede modificar el campo de irradiación).

Cuidados posturales. Evitan el éstasis líquido en la extremidad; el miembro se debe colocar sobre el nivel del corazón para mejorar el retorno venolinfático. Es aconsejable realizar ejercicios suaves que mejoran la actividad muscular de la extremidad y la movilidad articular; se deben evitar los ejercicios violentos. Se aconsejan los paseos, la bicicleta y la natación.

Tratamiento farmacológico. Es coadyuvante de las demás medidas y su finalidad es contribuir con el efecto linfotropeo; el resultado de su uso es la mejoría clínica de la pesadez y parestesia de la extremidad. Las drogas de elección son las benzopironas (diosmina, cumarina, rutósidos, troxerutina). Los diuréticos generalmente están contraindicados porque no mejoran la función linfática, pueden causar desordenes electrolíticos y extraen líquidos del espacio intersticial que empeoran el edema rico en proteínas.

RECOMENDACIONES PARA ENFERMERÍA.

Como el linfedema no puede ser curado el objetivo es disminuir las molestias que causa, intentando la reducción del edema. Es importante informar al paciente y su familia de lo que ocurre, del proceso que se va a desarrollar y los objetivos que se intentan alcanzar.

Información al paciente y su familia

- Sobre la posibilidad de la aparición del linfedema.
- Cuando debe consultar al médico.

Instruir al paciente y su familia en el cuidado de la piel:

- Mantener la piel limpia y seca e hidratada.
- Evitar lesiones o quemaduras de cualquier índole.
- Evitar la depilación con ceras calientes y las rasuradoras manuales con filo. Utilizar una rasuradora eléctrica con cabeza estrecha para afeitar axilas y cavado sin el riesgo de rasguños.
- Tener especial cuidado en el corte de uñas, utilizar corta uñas en lugar de tijeras. No cortar las cutículas, utilizar cremas o lociones.
- Evitar rasguños de animales y picaduras de insectos, utilizar repelentes hipoalergénicos.

Instruir al paciente y su familia en cuidados generales:

- No utilizar ropa con mangas estrechas o con elásticos muy tensos.
- Evitar cargar bolsos o paquetes pesados con el miembro afectado, la exposición directa al sol, el calor ambiental y los baños calientes.
- Evitar la realización de técnicas invasivas en el miembro afectado, como ser inyecciones, vacunas, extracciones de sangre, acupuntura y pruebas de tensión arterial en el brazo contrario al del linfedema.
- Lavar inmediatamente los cortes o rasguños, utilizar un antiséptico y vigilar la posibilidad de infección.
- Mantener elevado el miembro afectado durante el reposo para facilitar el retorno venoso (figura 5).



Figura 5

Educar al paciente y su familia para la realización de ejercicios:

- El movimiento es fundamental para el mantenimiento del flujo linfático. La contracción muscular estimula este flujo, actuando como si fuera un masaje sobre los tejidos subcutáneos.
- Los ejercicios deberían ser indicados y controlados por un fisioterapeuta. Deben realizarse de manera continua pero moderada porque en exceso puede ocasionar complicaciones como vasodilatación o aumento del flujo linfático.
- Evitar los ejercicios que producen dolor.
- Realizar movilización pasiva en los pacientes que no pueden hacer ejercicios por si mismos.
- La posición para realizar ejercicios debe ser cómoda, confortable y relajada; los ejercicios de brazo pueden ser realizados sentados en una silla y los de miembros inferiores acostados sobre un plano firme (figura 6).

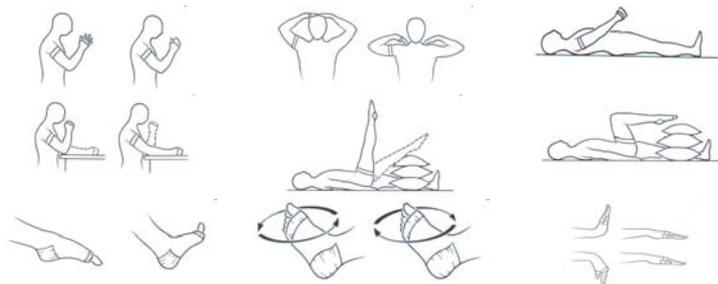


Figura 6

CAVIDAD ORAL.

Los problemas de la cavidad oral son muy frecuentes: 80 – 90 % de los pacientes sufren de boca seca, boca dolorosa por mucosas y lengua inflamadas o ulceradas y problemas dentales. Los síntomas de los trastornos de la boca generalmente son subvalorados y subtratados. Alteran el bienestar general, la nutrición, hidratación y la comunicación.

Causas

- Higiene inadecuada.
- Nutrición / hidratación inadecuada
- Tratamiento con RT
- Compromiso inmune
- Medicación

Evaluación.

Realizar con linterna y baja-lengua la inspección visual de las encías, paladar, lengua y dientes, por lo menos una vez por día.

Los objetivos del cuidado de la boca

- Mantener los tejidos orales húmedos y sanos, y la vía aérea en buena condición.
- Mantener la dentadura limpia.
- Controlar el dolor y el discomfort.
- Tratar las lesiones o infecciones.

Problema	Medidas terapéuticas
Boca seca	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la ingesta de líquidos • Indicar limpieza bucal dos veces por día. • Mantener labios hidratados: con manteca de cacao; no usar vaselina porque es hidrófoba. • Aumentar la salivación: frutas frías, chicle sin azúcar (por las candidas), buches con te de manzanilla y jugo de limón (no en deshidratación), chupar pequeños trozos de hielo.
Boca infectada	<ul style="list-style-type: none"> • Indicar buches con pervinox (1 o 2 cucharadas en 100 cc SF o agua) • Indicar buches con agua oxigenada 10 vol. % diluida al 50 % con SF o agua. • No usar hexetidina porque reseca las mucosas.
Boca Dolorosa	<ul style="list-style-type: none"> • Indicar buches con te de manzanilla sin limón. • No colocar la dentadura postiza. • Indicar dieta blanda o líquida con alimentos fríos o a T° ambiente. • Colocar lidocaína jalea 2 % en la zona dolorosa 15 minutos antes de cada comida. • Indicar buches anestésicos antes de las comidas o cuando haya dolor: 30 ml de lidocaína jalea 2% + 30 ml de difenhidramida + 30 ml de sucralfato o nistatina (si hay candidas) y completar con dextrosa 5 % hasta 500 cc. • Indicar buches con solución de aspirina (2 aspirinas de 500 mg. en 100 cc de SF o agua; agitar antes de usar)
Boca con detritus	<ul style="list-style-type: none"> • Limpiar con gasa empapada en solución de ¾ partes de SF y ¼ de agua oxigenada 10 volúmenes % (no si hay estomatitis) • Limpiar con solución de bicarbonato: una cucharadita de bicarbonato en

	<p>200 ml de SF o agua.</p> <ul style="list-style-type: none">• Dentaduras: guardar en un vaso con agua oxigenada de 10 volúmenes % al 50 %. Limpiarlas una o dos veces al día• Cepillar los dientes todos los días.
Boca con micosis	<ul style="list-style-type: none">• La micosis más frecuente es la cándida, que se presenta con placas blanquecinas que se desprenden o no con facilidad. También puede presentarse como quemazón en dorso de la lengua, sin placas blanquecinas y con coloración roja. Puede aparecer en las comisuras labiales.• Tratamiento: buches con 5 cc de nistatina cada 4-6 h., sumergir la prótesis por la noche en nistatina diluida, en comisuras labiales colocar crema antifúngica. Puede ser necesario tratamiento sistémico con antimicóticos.
Boca sangrante	<ul style="list-style-type: none">• Aplicar agua oxigenada diluida al 50 % en SF o agua o realizar toques con sucralfato.• Humedecer con cubitos de hielo.• Indicar alimentos blandos no calientes.• Indicar cepillado dental no enérgico y enjuagues bucales sin movimientos bruscos o fuertes.• Realizar tópicos con adrenalina al 1/1000.

RECOMENDACIONES PARA ENFERMERÍA.

- Evaluar el estado de la boca diariamente.
- Implementar un plan terapéutico según las afecciones detectadas.
- Elegir un tratamiento a la vez para cada afección y no mezclar las diferentes soluciones.
- La presencia de cándidas en la cavidad oral ocasionan alteración del gusto, lengua áspera e incluso dificultad en la deglución.
- No mezclar bicarbonato con nistatina porque la inactiva.
- Hacer que la familia participe en el cuidado de la boca.

VÍA SUBCUTÁNEA.

La vía de elección para la administración de medicación e hidratación es la vía oral pero hay diversas situaciones que requieren una vía alternativa. La vía subcutánea (VSC) es una vía parenteral efectiva, segura, económica y controlable para administrar drogas y/o grandes volúmenes de líquido (hipodermoclis).

Ventajas.

- Poco agresiva
- Evita las inyecciones frecuentes
- No requiere internación hospitalaria
- Brinda autonomía al paciente
- Es económica
- Requiere poca intervención del personal sanitario
- Menos complicaciones que la vía EV
- Más cómoda, no inmoviliza un miembro
- No requiere heparinización

Indicaciones.

- Incapacidad para tragar: disfagia, afagia, situación de agonía, fístula traqueo esofágica.
- Náuseas y vómitos severos.
- Obstrucción intestinal.
- Debilidad extrema.
- Confusión.
- Grandes dosis de opioides orales, incómodos o difíciles de tragar.

Contraindicaciones

Plaquetopenia y trastornos de la coagulación.

Técnica de colocación

- Lavarse las manos
- Elegir un sitio de punción: Las zonas recomendadas son la parte anterior del tórax (zona infraclavicular), zona anterior y externa de los brazos (deltoides) y zona abdominal baja (Flancos abdominales). Las zonas no recomendadas son zonas cercanas a las mamas, cuadrantes abdominales superiores y muslos o toda zona próxima a masas tumorales. La piel de la zona donde se coloca a la aguja mariposa no debe tener inflamación, heridas, edemas o signos de infección.
- Limpiar el sitio seleccionado con povidona al 10 % o alcohol al 70 %, comenzando del centro y moviéndose en círculo hacia fuera en el sentido de las agujas del reloj.
- Pellizcar la piel ya limpia entre el pulgar y el dedo índice para hacer un pliegue.
- Insertar la aguja mariposa en el pliegue creado al pellizcar la piel en un ángulo 30° y hasta el pabellón.
- Pegar las alas de la aguja mariposa con la tela adhesiva y no cubrir el sitio de punción para poder valorarlo; si es posible utilizar los parches adhesivos transparentes.
- Colocar en el parche o la cinta adhesiva que sostiene la aguja mariposa fecha, hora y responsable de la colocación de la vía.

Inyección intermitente de drogas.

Utilizar aguja mariposa (Butterfly) # 23 o 25, de uso intermitente (con tapón de goma).

Realizar cada inyección con técnica estéril, pinchando el tapón de goma con agujas #25.

Hipodermoclisis

Para hidratación de pacientes en domicilio e internación. Utilizar aguja mariposa (Butterfly) # 21, 23 o 25.

- Conectar con técnica estéril la tubuladura a la aguja mariposa ubicada en el tejido SC.
- Colocar el frasco de solución a 1,5 m. sobre el nivel del paciente. Las soluciones deben contener electrolitos para evitar formación de tercer espacio; la ideal es D 5 % en SF (o 2/3 de D 5 % + 1/3 SF, o 500 cc. sol D 5 % + una ampolla de CINA al 20 %)
- Se pueden agregar a las soluciones todas las drogas aptas para inyección SC.
- Se puede agregar potasio hasta 40 mEq por L.
- La velocidad de infusión se controla con el gotero de la tubuladura. Se pueden administrar entre 25 y 100 cc. por h. La difusión en el tejido SC puede mejorarse con el agregado de 150 U de hialuronidasa por L de solución (hidroliza el ácido hialurónico, lisa la barrera intersticial, y aumenta la velocidad de difusión y la absorción).
- La hidratación se puede interrumpir (desconectando la tubuladura y tapando el extremo distal de la aguja mariposa) y reiniciar en cualquier momento, sin sangrado ni coágulos. Se puede hidratar al paciente durante la noche y dejarlo descansar durante el día.

Complicaciones locales.

- Dolor.
- Enrojecimiento.
- Edema.
- Pérdida de líquido en la zona de punción.

- Sangrado en la zona de punción.
- Tumefacción.
- Infección.

Drogas y soluciones que se pueden administrar por VSC.

Atropina	Diclofenaco	Metoclopramida
Clorpromazina	Difenihidantoina	Midazolán
Cloruro de potasio	Fentanilo	Morfina
Cloruro de sodio	Fenobarbital	Nubaína
Dexametasona	Furosemida	Oxicodona
D 5% + 20 cc de ClNa al 20 %	Haloperidol	Ranitidina
D 5 % en SF	Heparina	Tramadol
Difenhidramida	Hialuronidasa	Vitamina K
Dipirona	Hioscina	SF y D 5 %
	Levomepromazina	
	Metadona	

RECOMENDACIONES PARA ENFERMERÍA.

- Informar al paciente los motivos y ventajas de la VSC y con que signos debe avisar (complicaciones).
- Colocar la aguja mariposa siguiendo la línea natural del pliegue, p. e. en abdomen en forma horizontal para evitar que el paciente siente que se pincha cuando se moviliza.
- Si es posible colocar la aguja del lado opuesto al que el paciente se apoya para dormir.
- Si la paciente es mastectomizada, no colocar la aguja del lado de la cirugía.
- Regular el goteo de la hidratación según la absorción y tolerancia de cada paciente.
- Si hay dolor al infundir la solución disminuir el goteo o rotar el sitio de infusión.
- Cuando se administra medicación y se realiza hidratación se recomienda colocar dos agujas mariposas, una para cada fin.
- Si se realiza infusión continua de medicación, esta debe estar lo más concentrada posible para facilitar la absorción
- Observar el sitio de punción antes de la utilización, o diariamente cuando no se esté utilizando.
- No hay una norma para el cambio del sitio de punción, si no ocurren complicaciones pueden durar hasta 7 o 10 días sin ser cambiados.
- Numerosas combinaciones de drogas no precipitan pero no se conoce la estabilidad final de ellas.
- En caso de complicaciones cambiar el sitio de punción y registrar las complicaciones observadas indicando su tamaño en centímetros.
- En los casos de pacientes anticoagulados se deben buscar signos de sangrado.

OSTOMAS.

Una ostomía es la derivación de una víscera hueca o un conducto hacia el exterior. Se clasifican en:

1. De eliminación: para la eliminación de heces u orina, las más comunes son: colostomía, ileostomía, urostomía y nefrostomía.
2. De nutrición: para la administración de alimentos y líquidos, la más común es la gastrostomía. (ver alimentación enteral)
3. De oxigenación: para conservar la función respiratoria.

La incidencia de complicaciones dermatológicas aumenta en los ostomas con débito, fundamentalmente líquido y con elevado contenido de enzimas digestivas.

Causas de alteración de la piel periestoma:

- Pérdida de heces u orina.
- Maniobras bruscas para desprender el dispositivo.
- Higiene con productos abrasivos o frotando fuerte.
- Alergia a los dispositivos o al material adhesivo.
- Transpiración.
- Enfermedad cutánea preexistente.
- Cambios fisiológicos de la permeabilidad cutánea.
- Radioterapia.

Dermatitis irritativa	Dermatitis alérgica
Eritema, edema, vesículas, erosión, fisuras y exudación según la intensidad.	Placas eritematosas con pequeñas vesículas y tendencia a la exudación.
La irritación cutánea produce olor, escozor, prurito, dificultad de adherencia del colector, produciendo mal olor, incomodidad y nuevas filtraciones que aumentan la irritación y exudación.	

RECOMENDACIONES PARA ENFERMERÍA.

Manejo de colostomías e ileostomías:

- Proteger la cama con un aislante (salea de hule).
- Inspeccionar diariamente el ostoma para detectar cambios en la coloración, edema, úlceras, hemorragia, hundimiento o prolapso.
- Inspeccionar diariamente la piel circundante (ver alteración de la piel periestoma).
- Utilizar bolsas específicas para cada caso.
- No cambiar las bolsas innecesariamente, solo cuando tenga ocupado por lo menos 2/3 de su capacidad, si contiene gases pinchar el filtro.
- Al cambiar la bolsa despegar el dispositivo suavemente, de arriba hacia abajo para evitar derramar el contenido.
- Al colocar la nueva bolsa recortar el orificio de manera tal que el material adhesivo quede a 3 milímetros del ostoma, alisar cuidadosamente el adhesivo desde abajo hacia arriba y dejar un poco de aire para evitar que la succión sobre el ostoma.
- Lavar el ostoma con agua tibia y jabón neutro, de afuera hacia adentro.
- Secar con suavidad y por contacto, no frotar; se puede utilizar un secador de pelo.
- No rasurar la zona proximal ni utilizar cremas humectantes o lociones perfumadas.
- Ostomas con barrillas: deben colocarse dentro de la bolsa colectora para garantizar la correcta adhesión de la misma a la piel y evitar fugas de material. Para colocar la barrilla dentro de la bolsa: desplazarla completamente hacia uno de los lados e introducirla primero en la bolsa colectora, luego sacar el film que protege el adhesivo, introducir el ostoma y fijar la bolsa a la piel. Una vez que la bolsa esté fijada se puede centrar nuevamente la barrilla.
- Enemas por colostomía: colocar al paciente boca arriba levemente inclinado hacia el lado del ostoma, con el dedo anular lubricado confirmar la dirección del trayecto del intestino. Introducir la cánula sin hacer fuerza si se encuentran topes porque se puede perforar el intestino. Administrar la solución lentamente y al finalizar colocar un dispositivo de dos piezas o para ileostomía para facilitar su evacuación.
- Diarrea: la diarrea aumenta la concentración de enzimas digestivas y por lo tanto es mucho más irritante; se debe proteger la piel circundante al ostoma con pastas protectoras (pasta de karaya o de hidrocoloide). Utilizar dispositivos de dos piezas o para ileostomía.
- Si existen irritaciones de la piel compatibles con alergia procurar utilizar otro tipo de dispositivo.

- En épocas de calor utilizar fundas de tela de algodón para las bolsas para disminuir la transpiración y la irritación de la piel.

Manejo de urostomías y nefrostomía:

- Proteger la cama con un aislante (salea de hule).
- Inspeccionar diariamente la piel circundante para detectar complicaciones (ver alteración de la piel periestoma).
- Bolsas colectoras; hay varias posibilidades:
 - Conectar el catéter de derivación directamente a una bolsa colectora de orina. Mantener la bolsa siempre por debajo del nivel del ostoma.
 - Si el catéter no se adapta adecuadamente o ya se ha retirado quedando solo el ostoma se deben utilizar bolsas para urostomía.
 - Si no se dispone de bolsas específicas se pueden utilizar bolsas para ileostomía o para colostomía (preferentemente sistema de dos piezas).
- No cambiar las bolsas innecesariamente: por su sistema de desagote pueden durar hasta 7-10 días. Cambiarlas solo cuando el adhesivo se desprege.
- Al cambiar las bolsas despegarlas con suavidad, de arriba hacia abajo para evitar derrames.
- Las nuevas bolsas se colocan de abajo hacia arriba, alisando cuidadosamente el adhesivo para evitar fugas. Es importante que la piel este bien seca y estirada.
- El ostoma se limpia con gasa y solución fisiológica estériles, de adentro hacia fuera. Secar sin frotar.
- No rasurar la zona próxima al ostoma porque se puede irritar.

Manejo de traqueotomías:

- Mantener siempre la cánula fijada con una cinta alrededor del cuello.
- Entre la cánula y la piel colocar una gasa para evitar que la cánula lesione la piel.
- Cambiar la gasa una vez al día.
- Cambiar la cinta que fija la cánula una vez por semana.
- Cambiar la cánula una vez cada 2 o 3 semanas: acostar al paciente con una almohada debajo de los hombros, inclinar la cabeza hacia atrás, retirar la cánula realizando con la mano una leve curva hacia nosotros y colocar la nueva cánula realizando una leve curva hacia el paciente.
- Cuando la cánula está sucia, rota o se modifico el tamaño del ostoma, se indica el cambio de cánula.
- La limpieza de la cánula se realiza con cada cambio o cuantas veces sea necesario. Lavar la cánula con jabón desinfectante (clorhexidina o DG6): la parte externa se puede cepillar con un cepillo de diente o para uñas (destinado para esa tarea) y el interior de la cánula con una gasa. Enjuagar bien y secar con una gasa limpia, se puede utilizar un secador de pelo para el interior.
- Las cánulas se deben guardar en un lugar limpio y hermético como un recipiente de plástico o una bolsa sellada.
- Proteger la cánula cuando el paciente come. colocar un babero.
- Proteger la cánula cuando el paciente se baña para evitar la bronco-aspiración: colocar un babero de plástico.

FISTULAS.

Una fístula es una comunicación entre dos vísceras huecas o entre una víscera hueca y la piel, en general, consecuencia de una complicación quirúrgica o patológica. En los enfermos con cáncer avanzado se deben a progresión tumoral, RT, o post-cirugía.

Clasificación:

1. Externas:
 - Entero - cutáneas
 - Cabeza - cuello - boca
 - Anales
2. Internas:
 - Recto - básico - vaginales
 - Recto - vesicales
 - Traqueo - esofágicas

Las fístulas producen secreciones que son agresivas para la piel circundante; hay que tener cuidado para evitar fugas del líquido drenado.

RECOMENDACIONES PARA ENFERERIA.

Todo tipo de fístula:

- Lavar la zona con SF o agua bidestilada.
- Evitar el uso de antisépticos o agentes abrasivos como iodopovidona, hipoclorito de sodio o agua oxigenada.
- La frecuencia de las curaciones depende de los débitos y el olor.
- Si hay infección lavar con iodopovidona solución al 10 % diluida al 50 % en SF y enjuagar con SF o agua bidestilada.
- Si hay dolor, administrar un rescate analgésico 30 minutos antes de realizar la curación.
- Si hay olor realizar lavados con metronidazol solución al 5 ‰ y no enjuagar; la frecuencia depende de la intensidad del olor.
- Si hay piel irritada aplicar pastas hidrocoloides o "pasta al agua" (50 gr. de óxido de zinc + 50 gr. de glicerina + 50 gr. de talco + 50 cc. de agua). No intentar eliminar los restos de pasta de otras curas para no irritar más la zona. Usar bolsas con adhesivos hipoalérgicos y no oclusivos (porosos).

Fístulas entero cutáneas:

- Recordar que según la ubicación drenan secreciones (gástricas, pancreáticas, biliares o intestinales) cáusticas por su contenido enzimático.
- Colocar bolsas para colostomía o ileostomía para juntar el débito, reducir su contacto con la piel y las lesiones de la piel (ver recomendaciones para el manejo de colostomías y ileostomías)
- Si la zona circundante a la fístula tiene desniveles colocar una capa de pasta adhesiva para bolsas o pasta de karaya para lograr una superficie lo más plana posible y la correcta fijación de la bolsa.
- Si no se puede poner una bolsa, colocar apósitos absorbentes (compresas) y cambiarlos frecuentemente para reducir el tiempo de contacto de la piel con las secreciones.
- En fístulas múltiples:
 - Si se encuentran muy cercanas se pueden utilizar bolsas de colostomía o ileostomía para neonatos, de esta manera se evita la sobreposición de las placas adhesivas; se puede cambiar solo la bolsa saturada sin remover las otras y reducir la zona de riesgo de lesión por contacto continuo con los adhesivos de las bolsas.
 - Se puede colocar una capa de pasta de karaya ocluyendo las fístulas de menor tamaño dejando solo una, donde se colocará la bolsa colectora, de esta manera se evitan las bolsas múltiples.
- Para colocar una bolsa colectora sobre la pasta de karaya: se la debe colocar antes de que la pasta se seque y es indispensable que esta se encuentra lisa (la pasta se puede alisar con una gasa mojada con agua).

Fístulas de cabeza, cuello y boca:

- Proporcionar abundantes toallas de papel y disponer de un pequeño recipiente para la salivación.
- Mantener la cabecera de la cama elevada a 30° para prevenir la bronco aspiración.
- La posición más recomendada para dormir es la de decúbito lateral.
- Cuando el paciente duerme, colocar un pañal en la almohada para que absorba la saliva y / o secreciones.
- Realizar las curaciones sin colocar grandes cantidades de gasas o apósitos para favorecer la estética.
- La dieta recomendada es la licuada porque los alimentos semi líquidos son más fáciles de tragar; los alimentos líquidos favorecen la bronco aspiración y los sólidos son difíciles de tragar.

Fístulas anales:

- Colocar una salea de hule.
- Cubrir la zona con apósitos que se pueden sujetar con la ropa interior o con un pañal.
- Realizar los lavados con agua tibia y jabón neutro (de glicerina).
- Realizar un lavado luego de cada deposición.

Fístulas recto - vésico - vaginales:

- Utilizar apósitos protectores femeninos: son más cómodos, tienen mayor capacidad de absorción y su base impermeable actúa como barrera.
- Nunca colocar tapones vaginales absorbentes: solo frenan la salida de los fluidos y aumentan la irritación y el dolor local.
- Realizar lavados de arrastre con SF o agua bidestilada.
- En casos de infección realizar los lavados con una mezcla de partes iguales de iodopovidona al 10 % y SF.
- Como realizar los lavados:
 - Con una jeringa: lubricarla con xilocaina jalea al 2 %, introducirla lentamente en la vagina e irrigar con poca presión.
 - Con una sonda: preferentemente tipo Foley, o nasogástrica de pequeño calibre, lubricarla con xilocaina jalea al 2 %, introducirla lentamente en la vagina e irrigar con poca presión. Con esta técnica se logran lavados más profundos y completos sin mayores inconvenientes para la paciente.
- En caso de micosis colocar óvulos o realizar lavados vaginales con antimicóticos.

Fístulas recto – vesicales:

- Realizar estricto control de la cantidad y calidad de la orina porque en ella hay materia fecal.
- Si es posible estimular al paciente a ingerir líquidos, por lo menos 2 litros por día, para favorecer un buen ritmo diurético.
- Estar atento a signos de infección: no siempre se pueden tratar las infecciones urinarias pero si se pueden controlar sus síntomas.

Fístulas traqueo – esofágicas:

- Mantener la cabecera de la cama elevada a 30° - 45°, inclusive durante las horas de sueño, para prevenir la bronco aspiración.
- Cuando el paciente come debe estar sentado con el respaldo elevado entre 45° - 90°.
- Los alimentos deben ser blandos (no ásperos o difíciles de tragar) ni líquidos; lo ideal es la dieta licuada.

DELIRIUM.

Es un trastorno cognitivo caracterizado por disturbios en la conciencia, disminución de la atención y cambios en la cognición no adjudicados a una demencia previa; que se desarrolla en horas o días y es fluctuante.

Reduce la expectativa de vida, dificulta la evaluación de síntomas y causa estrés en el paciente, la familia y el equipo de salud.

Ocurre en el 25 – 80 % de los pacientes con cáncer y SIDA avanzados. Hay 3 subtipos:

- **Hiperactivo: confusión + agitación +/- alucinaciones, ilusiones, mioclonías o hiperalgesia.**
- **Hipoactivo: confusión + somnolencia**
- **Mixto: alterna entre el tipo hipoactivo y el hiperactivo**

Las principales causas son:

- Neurotoxicidad por opioides
- Lesiones estructurales (metástasis cerebrales).
- Trastornos metabólicos (hiponatremia, hipernatremia, hiperglucemia, hipoglucemia, hipercalcemia).
- Medicamentos: antidepresivos tricíclicos, benzodiazepinas, algunos antieméticos (metoclopramida), corticoides.
- Infecciones
- Hipoxia
- Deshidratación
- Otras causas: quimioterapia, radioterapia, síndromes paraneoplásicos.

Es importante realizar el diagnóstico precoz, para identificar su causa e implementar lo antes posible un tratamiento; 30 – 50 % de episodios de Delirium son reversibles.

Según el DSM IV los criterios de diagnóstico de delirium son:

- Disturbios en la conciencia (disminución del entendimiento de lo que ocurre en el ambiente), con disminución de la capacidad de enfocar, sostener y desviar la atención.
- Cambios en la cognición (déficit de memoria, desorientación, disturbios del lenguaje o disturbios en la percepción) que no son adjudicados a una demencia preexistente, establecida o en evolución.
- Se desarrolla en un periodo corto de tiempo, usualmente horas o días, y tiende a fluctuar durante el curso del día.
- Hay evidencia por la historia clínica, examen físico o hallazgos en el laboratorio de que una condición médica general está etiológicamente relacionada con el disturbo.

Son de utilidad para el diagnóstico el MMT de Folstein y el CAM (ver evaluación de síntomas).

Tratamiento.

Puede dividirse en tres partes:

1. Corrección de las causas reversibles:

- Neurotoxicidad por opioides: disminuir el opioide en uso o rotar a otro opioide.
- Infección: comenzar tratamiento con antibiótico.
- Deshidratación: comenzar con hipodermocclisis o hidratación EV.
- Hipercalcemia: hidratación abundante, pamidronato, furosemida, corticoides.
- Hipoxia: administrar oxígeno, tratar en lo posible la causa de base.
- Tumor o metástasis cerebrales: corticoides de altas dosis.

2. Tratamiento farmacológico:

- Neurolepticos:
 - Haloperidol: 0.5 a 5 mg. cada 30 minutos a 12 horas. Dosis máxima 20 mg. día VO, IM, EV o SC.
 - Tioridazina: 10 a 75 mg. cada 4 a 8 horas VO.
 - Clorpromazina: 12.5 a 50 mg. cada 4 a 12 horas, VO, EV o IM.
 - Risperidona: 1 a 3 mg. cada 12 horas, VO.
 - Olanzapina: 2.5 a 10 mg. cada 12 horas, VO.
- Benzodiazepinas:

- Lorazepám: .05 a 2 mg. cada 1 a 4 horas, VO, SL, IM o EV.
 - Midazolám: 30 a 100 mg. en 24 horas, IV o SC
 - Anestésico:
 - Propofol: 10 a 70 mg. cada hora, IV.
3. Tratamiento no farmacológico: ver recomendaciones para enfermería.

RECOMENDACIONES PARA ENFERMERÍA.

- Realizar evaluación del estado cognitivo en forma sistemática a todos los pacientes; informar inmediatamente al equipo médico el descenso de la puntuación en el MMT.
- Siempre que se realice el MMT preguntar al paciente si ha tenido alucinaciones o ilusiones; son más frecuentes las táctiles que las visuales.
- Descartar la retención urinaria y el bolo fecal; ambos empeoran los síntomas de delirium.
- Atender signos no verbales de dolor.
- Orientar al paciente en tiempo y espacio, se pueden dejar a la vista un reloj y un calendario.
- Facilitar la presencia de algún miembro de la familia.
- Tener cerca del paciente objetos familiares.
- Disminuir la estimulación sensorial (luz y ruidos excesivos)
- Dejar iluminación tenue durante la noche.
- Colocar baranda en la cama (prestar atención, los enfermos agitados pueden saltar las barandas).
- Utilizar medios de sujeción si el paciente esta muy agresivo y puede lastimarse o lastimar a terceros; solo mientras hace efecto la medicación administrada según indicación médica.
- Retirar objetos peligrosos (encendedores, objetos cortantes o punzantes)
- Administrar el tratamiento farmacológico previsto en caso de agitación.
- Brindar contención a los familiares: explicar las posibles causas del delirium, Si es posible no dejarlos solos, disponer de tiempo para escucharlos y dar la posibilidad de que realicen preguntas.

ALIMENTACION ENTERAL (AE).

Está indicada en los pacientes que no pueden ingerir los alimentos en cantidad y calidad suficientes, a pesar de tener un tracto gastrointestinal funcional.

En los pacientes con cáncer el estado nutricional esta deteriorado por:

1. Reducción de la ingesta (alteración del SNC, altas concentraciones de lactato, estrés, alteración del gusto), aumento del índice metabólico basal e incremento de la glucogénesis.
2. Disminución de la síntesis de proteínas orgánicas.

Muchos pacientes pueden llegar a la caquexia que es una forma grave de desnutrición caracterizada por anorexia, saciedad precoz, pérdida de peso, anemia, debilidad y emaciación muscular.

Existen diferentes vías de AE; las más comunes son:

1. Nasogástrica: la sonda se introduce desde la fosa nasal hasta el estómago. Es la más fisiológica y permite la administración de alimentación en bolo, pero favorece el reflujo gástrico y la bronco aspiración.
2. Naso-duodenal: la sonda se introduce por la fosa nasal hasta el duodeno; se reduce la posibilidad de bronco aspiración.
3. Gastrostomía: se accede directamente al estómago a través de la pared abdominal; si no se dispone de una sonda especial se puede utilizar una sonda Foley.

4. Yeyunostomía: se accede directamente al yeyuno desde la pared abdominal; cada vez menos utilizada.

Contraindicaciones de la AE
<ul style="list-style-type: none">• Oclusión intestinal• Íleo prolongado• Hemorragia digestiva alta• Perforación intestinal• Enfermedades inflamatorias del colon• Algunos tipos de fístulas

Generalmente la presencia de fístulas gastrointestinales es una contraindicación; sin embargo en casos de fístulas de íleo distales o de colon es posible la AE si se realiza con una técnica meticulosa.

Existen diferentes tipos de sondas, sus características están relacionadas con su finalidad y duración:

Tipo de sonda	Características
Permanentes	<ul style="list-style-type: none">• De poliuretano o silicona• Diámetro 5 a 12 French• Muy flexibles• Se colocan con mandril• Duran semanas o meses• Para alimentación
Transitorias	<ul style="list-style-type: none">• De polietileno o polivinilo• Diámetro 5 a 18 French• Mas rígidas• Se colocan sin mandril• Se endurecen con el tiempo• Duran pocos días (no más de 7)• Para evacuación

1 French equivale a 0,34 mm

Las posibles complicaciones de la AE son:

1. Mecánicas o técnicas: ulceración de nariz, boca o laringe, ruptura de várices esofágicas, neumonía por bronco aspiración, desplazamiento o salida de la sonda, infección de la enterostomía, obstrucción de la sonda.
2. Gastrointestinales: distensión abdominal, vómito, estreñimiento o diarrea.
3. Metabólicas: alteraciones hidroelectrolíticas por diarrea (causada por contaminación bacteriana, intolerancia a la lactosa, administración de ATB, hiperosmolaridad de la mezcla) y diuresis osmótica.

RECOMENDACIONES PARA ENFERMERÍA.

- La colocación de las sondas debe estar a cargo de personas con experiencia.
- Fijar la sonda con cinta hipoalérgica a la piel del paciente (nariz), nunca a la ropa.
- Marcar con tinta indeleble el lugar de salida de la sonda para identificar su posición correcta.
- En el caso de sondas con mandril, este se debe retirar luego de que la sonda este fijada y nunca se debe recolocar.
- En el caso de sondas permanentes se recomienda realizar un control radiológico de su ubicación antes de iniciar la administración de la alimentación.
- Iniciar la infusión de alimentación lentamente para probar tolerancia; comprobada la tolerancia aumentar hasta alcanzar el volumen requerido por el paciente.

- Medir el residuo gástrico antes de cada dosis, y en caso de infusión continua cada 8 horas (aspirar el contenido gástrico con una jeringa, medirlo y reintroducirlo por la sonda).
- Mantener al paciente en posición semi sentado durante la administración de la alimentación (cabecera a 30 – 45°).
- En caso de administrar medicación lavar con 20 ml de agua antes y después de administrar la medicación.
- Limpiar las fosas nasales y cambiar la cinta de fijación una vez por día.
- En caso de fístulas gastrointestinales se puede marcar la alimentación con azul de metileno para detectar la presencia de fugas.
- Cuando se administran fórmulas comerciales:
 - Verificar integridad del envase y fecha de vencimiento.
 - Limpiar las tapas selladas antes de abrirlas.
 - Si es posible no trasvasar las fórmulas para su administración, generalmente los envases originales se adaptan para la colocación de la tubuladura.
 - Las fórmulas se conservan a temperatura ambiente con envase cerrado, una vez abierto van en heladera y por no más de 24 horas.
 - Pueden estar colgadas hasta 24 horas.
- Cuando se administran fórmulas magistrales:
 - Disponer de un instructivo de fácil acceso e interpretación para la preparación y conservación.
 - Los ingredientes básicos deben guardarse en un lugar seco, protegidos de la luz y en envases herméticos.
 - No se recomienda el uso de agua corriente para la preparación de las fórmulas; debe utilizarse agua estéril o agua corriente hervida por 10 minutos.
 - El envasado de las fórmulas debe ser realizado en el mismo lugar de la preparación y por las mismas personas.
 - Conservar las fórmulas siempre en heladera, con un rotulo que indique nombre del paciente y del operador, fecha de la preparación, contenido y volumen.
 - Las fórmulas deben retirarse de la heladera 15 minutos antes de su administración y no se deben guardar por más de 24 horas.
 - Pueden estar colgadas hasta 12 horas.
- Zona de preparación de fórmulas magistrales:
 - Debe ser un área limpia preferentemente de uso exclusivo; si esto no es posible se debe delimitar la zona funcionalmente.
 - La superficie de trabajo no debe ser de material poroso; debe ser de fácil limpieza y con adecuada iluminación.
 - Las batidoras, licuadoras, balanzas y demás elementos utilizados para la preparación deben ser de fácil limpieza, en lo posible desarmables para garantizar la adecuada higiene que se realiza por inmersión y con un detergente enzimático.
 - La limpieza del sector debe realizarse una vez por día, y las mesadas y piletas se deben reparar antes de cada preparación.

LECTURA SUGERIDA.

1. Astudilo, W. Mendinueta, C. Astudillo E. Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. Ediciones Universidad de Navarra S. A. Navarra, España. 1995.
2. Beare, M. Principios y práctica de la enfermería médico ,quirúrgica. 2° Edición. Editorial Mosby, Doyma Libros. Madrid, España. 1995
3. Bergstrom, Nancy; Allman, Richard; Álvarez, Oscar; y colaboradores. Tratamiento de las úlceras por presión. Editada por Laboratorios Knoll S.A. España. 1997.
4. Brunner L., Suddarth D. Enfermería Médico Quirúrgica. Editorial médica Panamericana. 7° Edición. México. 1994.

5. Carpenito, L. Planes de cuidados y documentación de enfermería. Editorial Interamericana. Barcelona, España. 1994.
6. Gómez Batiste, Javier. Cuidados Paliativos en Oncología. Editorial Jims. Barcelona, España. 1996
7. Gómez Sancho, M. Control de síntomas en el enfermo de cáncer terminal. Editorial Asta Médica. Madrid, España. 1992
8. López Imedio, Eulalia. Enfermería en Cuidados Paliativos. Editorial Médica Panamericana. Madrid, España. Abril 1998.
9. López, M. Atención Domiciliaria, Diagnósticos de Enfermería. Editorial Interamericana. Madrid, España. 1994
10. Torra Bou, Joan Enric. Manual de sugerencias sobre cicatrización y cura en ambiente húmedo. Editado por Coloplast Productos Médicos S.A. Madrid, España. 2001.