

TEMA 18: CUIDADOS PALIATIVOS

1. CUIDADOS PALIATIVOS

1.1. INTRODUCCIÓN

Cecily Saunders, enfermera británica que en los años 60 orientó su trabajo para mejorar el tratamiento de los pacientes terminales y es la pionera en lo que hoy conocemos como Cuidados Paliativos.

Los cuidados paliativos se refieren a los programas de tratamiento activo, destinados a mantener o mejorar las condiciones de vida de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo. Para ello es primordial el control del dolor y de otros síntomas; sin olvidarse de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. Son interdisciplinarios en su enfoque e incluyen al paciente, la familia y su entorno. Los cuidados paliativos afirman la vida; y la muerte es considerada como un proceso normal, ni la retrasan ni la aceleran.

La Sanidad Española, desde la década de los 90, tiene como reto mejorar la atención de los enfermos en fase avanzada y terminal. En España la primera unidad de cuidados paliativos se ponía en marcha en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en el periodo 1982-1984, la cual estaba incluida en la sección de oncología de dicho hospital.

1.2. DEFINICIONES

ENFERMEDAD AVANZADA: se trata de una enfermedad incurable, con una respuesta variable al tratamiento, cuyo curso es progresivo y afecta a la autonomía y calidad de vida del paciente, evolucionando hacia la muerte a medio plazo.

ENFERMEDAD TERMINAL: enfermedad avanzada en el último estadio de su evolución, a la que le sucederá la muerte en un plazo de tiempo muy corto. Se caracteriza por síntomas intensos, cambiantes y multifactoriales.

AGONÍA: estado que precede a la muerte.

- *Agonía lúcida:* el paciente es consciente de lo que le está ocurriendo casi hasta el fin de sus días.
- *Agonía comatosa:* el paciente progresivamente va perdiendo su conciencia y entra en un estado de coma ya irreversible un tiempo antes de su fallecimiento.

1.3. CAUSAS DE ENFERMEDAD TERMINAL

- Cáncer sin tratamiento curativo.
- Demencias muy avanzadas.
- Accidente cerebrovascular no rehabilitable.

- Enfermedad neurológica degenerativa muy avanzada.
- Enfermedad cardiorrespiratoria muy evolucionada, incapacitante y con sintomatología no mejorable.
- Hepatopatía crónica en fase terminal.

1.4. CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD TERMINAL

Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) las **características** de una enfermedad terminal son las siguientes:

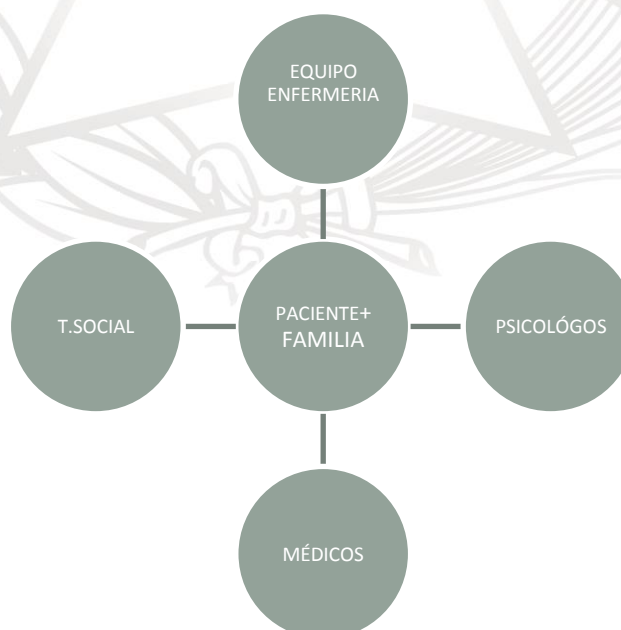
- Enfermedad avanzada, incurable y progresiva.
- No respuesta a tratamientos específicos.
- Síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes.
- Pronóstico de vida inferior a 6 meses ($\pm$ 3 meses).
- Gran impacto emocional en el paciente, en la familia y en el equipo terapéutico, relacionado con la muerte.

1.5. OBJETIVOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Según la OMS los objetivos serían los siguientes:

- Alivio del dolor y otros síntomas.
- No alargar ni acortar la vida.
- Dar apoyo psicológico, social y espiritual.
- Reafirmar la importancia de la vida.
- Considerar la muerte como algo normal.
- Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible.
- Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y en el duelo.

2. VALORACIÓN INTEGRAL DEL ENFERMO TERMINAL



Es muy importante recoger detalladamente los síntomas que presenta el paciente, la situación funcional, el entorno social y familiar y también el grado de conocimiento sobre su enfermedad y pronóstico de ésta, sin olvidarse de sus creencias espirituales.

EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS DE EDMONTON

Cuestionario de evaluación de síntomas de edmonton, versión revisada ESAS-r (es)

Por favor, marque el número que describa mejor como se siente AHORA:

Nada de dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor que se pueda imaginar
Nada agotado (cansancio, debilidad)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más agotado que se pueda imaginar
Nada somnoliento (adormilado)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más somnoliento que se pueda imaginar
Sin náuseas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Las peores náuseas que se pueda imaginar
Ninguna pérdida de apetito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor apetito que se pueda imaginar
Ninguna dificultad para respirar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La mayor dificultad para respirar que se pueda imaginar
Nada desanimado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más desanimado que se pueda imaginar
Nada nervioso (intranquilidad, ansiedad)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más nervioso que se pueda imaginar
Duermo perfectamente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La mayor dificultad para dormir que se pueda imaginar
Sentirse perfectamente (sensación de bienestar)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sentirse lo peor que se pueda imaginar
Nada _____ Otro problema (por ej; sequedad de boca)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo peor posible

MEDIPAL. 2013;20:143-9

ESCALA KARNOFSKY

Escala de valoración funcional, permite conocer la capacidad del paciente para las actividades de la vida cotidiana. Sirve para la toma de decisiones clínicas y para valorar impacto de tratamiento y progresión de la enfermedad. **Karnofsky ≤ 50** indica alto riesgo de muerte en los 6 meses siguientes.

Interpretación:

- 100 Normal: sin quejas, sin indicios de enfermedad
- 90 Actividades normales, pero con signos y síntomas leves de enfermedad.
- 80 Actividad normal con esfuerzo, con algunos signos síntomas de enfermedad.
- 70 Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a término actividades normales o trabajo activo.

60	Requiere atención ocasional, pero puede cuidarse a si mismo.
50	Requiere gran atención, incluso de tipo médico. Encamado menos del 50% del día.
40	Inválido, incapacitado, necesita cuidados y atenciones especiales. Encamado más del 50% del día.
30	Inválido grave, severamente incapacitado, tratamiento de soporte.
20	Encamado por completo, paciente muy grave, necesita hospitalización y tratamiento activo.
10	Moribundo.
0	Fallecido.

Karnofsky DA, Abelman WH, Graver LF, et al. The use of nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinom. *CANCER* 1948; 1: 634-56.

Crooks V, Waller S, Smith T, Hahn T. The use of the Karnofsky Performance Scale in determining outcomes and risk in geriatric outpatients. *J Gerontol Med Sci* 1991;46:139M-44M.

ESCALA DEL DESEMPEÑO (ECOG)

Elaborada por el Eastern Cooperative Oncology Group

Tabla 1

Clasificación E.C.O.G.

E.C.O.G.

0	Asintomático. Totalmente activo.
1	Restricción actividad intensa. Capaz de trabajo ordinario
2	Ambulatorio y capaz de autocuidados. Incapaz para trabajar. Levantado más del 50% del tiempo despierto.
3	Capaz de algún autocuidado. Vida cama-sillón más del 50% del tiempo despierto.
4	Incapacidad total. Silla-cama el 100% del tiempo despierto.
5	Muerto

Dichas escalas sirven para verbalizar por parte del paciente el estado en el que se encuentra.

Tenemos diferentes escalas también para valorar la ansiedad, el riesgo de malnutrición, el riesgo de caídas, etc (ver TEMA 17).

2.1. SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES

Para hacer un buen control de los síntomas debemos seguir los principios recogidos por la OMS, los cuales han sido adaptados y resumidos por la SECPAL:

- Evaluar antes de tratar, buscando el mecanismo fisiopatológico de cada síntoma. Evaluar la intensidad, el impacto físico y emocional y los factores que provocan que aumente o disminuya cada síntoma.
- Explicar al paciente la causa de dichos síntomas de una manera adecuada y las medidas terapéuticas que se van a tomar para paliarlos.
- Estrategia terapéutica mixta, una general para la situación terminal y otras específicas para cada síntoma. Se fijarán objetivos y plazos.
- Monitorización de los síntomas para clarificar objetivos, sistematizar el seguimiento y así mejorar el sistema de trabajo de los profesionales sanitarios.
- Atención a los detalles para optimizar el grado de control de los síntomas y minimizar los efectos secundarios.

SÍNTOMAS DIGESTIVOS

ANOREXIA: incapacidad para comer normalmente. El primer objetivo es tranquilizar al paciente/familia por la falta de apetito que presenta.

Actividades:

Realizar entre 5-6 comidas/día.
Variar las comidas cuidando su presentación.
Evitar comidas muy condimentadas.
Adaptar textura y consistencia de los alimentos.
Mejor presentar el plato único con todos los nutrientes necesarios.

CAQUEXIA: debilitamiento extremo que en muchos casos no tiene que ver con la cantidad de alimento que ingiere el paciente. Esta situación no es reversible con la alimentación en el paciente terminal.

Actividades:

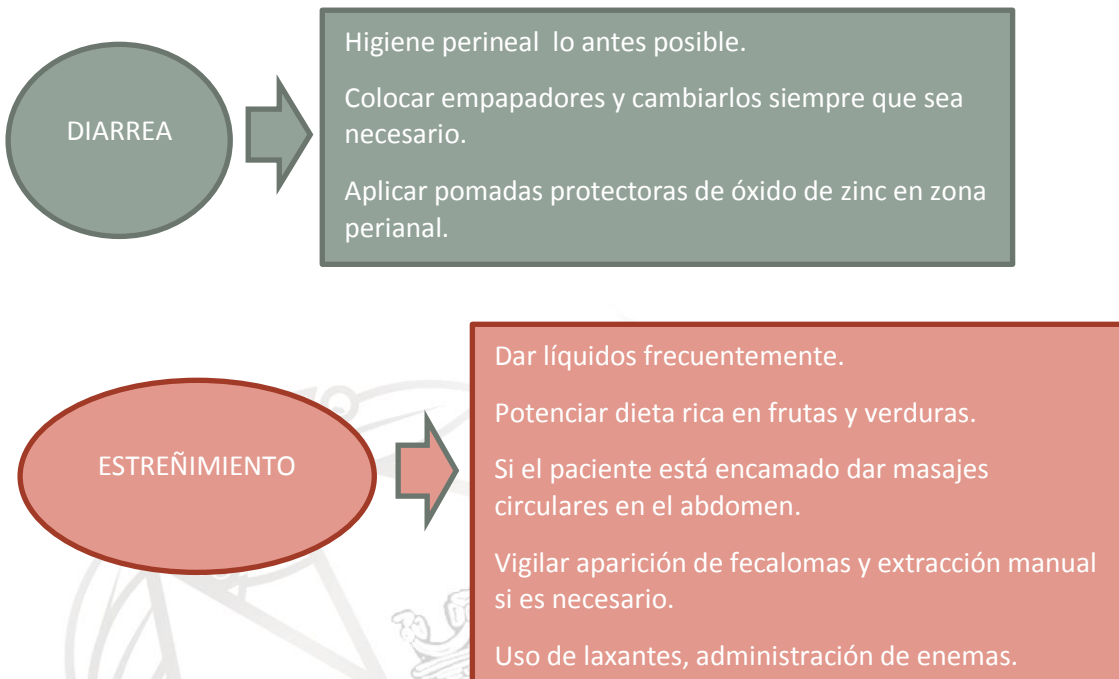
Manipular al paciente con sumo cuidado, teniendo en cuenta las sondas que presente, realizar correctamente los cambios posturales.
Colchón blando o antiescaras para evitar lesiones potenciales.
Dieta blanda/ triturada si la dentadura es postiza y le queda floja.
Administrar alimentos energéticos.

NÁUSEAS Y VÓMITOS: la primera se refiere a la sensación desagradable que se acompaña de impulsos de vómitos y éstos últimos ya se refieren a la expulsión del contenido del estómago.

Actividades:

Posición de Fowler y ambiente agradable a la hora de las comidas.
No tomar líquidos con las comidas, preferible hacerlo antes o después.
No obligar al paciente a que coma, proporcionarle su espacio.
Cuidados de la boca frecuentemente y si se produce el vómito, higiene bucal tras éste para eliminar el mal gusto y el mal sabor.

DIARREA Y ESTREÑIMIENTO



XEROSTOMÍA, MUCOSITIS: disminución en la producción de saliva e inflamación de la mucosa del tracto gastrointestinal, respectivamente.

Actividades:

Higiene bucal adecuada, con cepillos blandos, pasta fluorada y colutorio. Incluir la limpieza de la lengua.

Limpiar las costras nasales ya que favorecen que respiren por la boca.

Para evitar la sequedad bucal, se potenciará la salivación con pastillas de vitamina C, chupar trocitos de hielo, aumentar la ingesta hídrica, masticar piña (no indicada si hay mucositis).

Hidratación de los labios con cacao.

Tratamiento adecuado en función del problema que se presente: candidiasis (nistatina, fluconazol), boca dolorosa (gel de lidocaína, enjuagues con bencidamina), xerostomía (pilocarpina o bromhexina).

SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

DISNEA: dificultad para la respiración, sensación subjetiva de falta de aire. Es muy desagradable para el enfermo y sus familiares.

Actividades:

Modificar los hábitos que le produzcan disnea.

Administrar el tto farmacológico prescrito.

Instruir en la práctica de ejercicios respiratorios.

Uso de humidificadores del aire.

Disminuir grado de ansiedad que esto provoca y nunca dejar sólo al paciente mientras dure la crisis.

TOS: mecanismo protector, el fin es la eliminación de la materia extraña e irritante que se encuentra en las vías respiratorias.

Actividades:

Aumentar la ingesta hídrica del paciente si su situación clínica lo permite.

Mantener una correcta postura, no es viable toser en DS.

Enseñar al paciente y a sus familiares técnicas para que éste pueda expulsar de manera efectiva las secreciones, ej clapping.

Mejorar la humedad ambiental y uso de aerosoles con suero salino.

HIPO: se produce cuando hay un movimiento brusco e involuntario del diafragma, que se descende violentamente y entra el aire en la laringe, las cuerdas vocales se cierran y se produce el famoso “hip”.

Actividades:

Averiguar la causa que lo provoca, problemas gastrointestinales, torácicos, metabólicos, y administrar el tratamiento indicado.

Proporcionar un ambiente cómodo en la hora de las comidas y no desviar la atención del paciente.

HEMOPTISIS: expectoración de sangre.

Actividades:

Informar al paciente y a su familia para disminuir su ansiedad.

Reposo absoluto del paciente

Si hemoptisis masiva, valorar la sedación del paciente y uso de paños verdes/rojos.

ESTERTORES PREMORTEN: se refiere al ruido que provocan las secreciones en la hipofaringe del paciente agónico. Este tipo de respiración genera más ansiedad en los familiares que en el propio paciente.

Actividades:

Colocar al paciente en decúbito lateral con las rodillas flexionadas.

Administrar la medicación prescrita para el alivio de este tipo de respiración.

Proporcionar la información adecuada a la familia.

No actuar sobre las secreciones ya existentes.

SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN: Son los trastornos psiquiátricos más frecuentes en este tipo de pacientes debido a su situación clínica y a la proximidad del final de la vida.

Ansiedad se refiere a la sensación de miedo, de aprehensión al desastre inminente que va a ocurrir. Los síntomas son variados; náuseas, insomnio, irritabilidad, dificultad para concentrarse, etc. **Depresión** se refiere a la disminución del estado de ánimo y/o pérdida del interés por todo tipo de acciones.

Actividades:

Administración del tratamiento pautado.

Actitud empática y mostrar comprensión. Muy importante la comunicación no verbal.

Demostrar una actitud de escucha activa para con el paciente.

Permitir sentir las emociones, no pasa nada por tener manifestaciones de tristeza y llanto.

No dejar nunca sólo al paciente si está sufriendo una crisis de ansiedad.

Promover las actividades de ocio que sean del agrado del paciente.

INSOMNIO: dificultad para conciliar/mantener el sueño o el despertar precoz, el paciente tiene la sensación de que el sueño ha sido insuficiente o no reparador; lo cual también provoca una disminución del dolor. Los pacientes tienen miedo a la noche.

Actividades:

Estimular la actividad durante el día, evitar dormir siesta.

Proporcionar un ambiente adecuado, luz cálida, ausencia de ruidos, temperatura agradable para conciliar el sueño.

Evitar la ingesta de bebidas estimulantes y si tomar bebidas calientes relajantes.

ESTADO CONFUSIONAL AGUDO: se trata de un síndrome agudo que se caracteriza por una disminución del nivel de conciencia, alteración de las funciones cognitivas y se acompaña también de la alteración psicomotriz.

Actividades:

Administración de la medicación adecuada, valorar sedación si el estado confusional se acompaña de agitación.

Entorno tranquilo, evitar ruidos intensos, mantener estímulos sensoriales suaves.

Importante la aplicación de medidas de seguridad para evitar autolesiones o accidentes.

2.2 EL DOLOR

DEFINICIÓN DE DOLOR Y CLASIFICACIÓN

“El dolor es una experiencia desagradable, sensorial y emocional, asociada a una lesión tisular real o potencial o que se describe como ocasionada por esa lesión.” American Pain Society.

Según Saunders el dolor total o psicosocial “es una experiencia completa donde es posible definir aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales”.

Es la mayor amenaza al confort, es un dato subjetivo y depende de la percepción del paciente; teniendo una prevalencia elevada en edades avanzadas. Existe evidencia de que con el paso de los años aumenta el umbral y disminuye la tolerancia al dolor. Éste puede clasificarse de varias formas:



TÉRMINOS RELACIONADOS

Umbral doloroso: mínima cantidad de estímulo necesario para que una persona etiquete una sensación como dolor.

Tolerancia al dolor: intensidad máxima de estímulo doloroso que una persona es capaz de tolerar.

Hipoalgesia: sensibilidad disminuida ante los estímulos dolorosos.

Hiperalgesia e hiperpatía: mayor respuesta ante un estímulo doloroso.

Alodinia: manifiesta dolor ante situaciones que normalmente no lo producen, por ejempl, al contacto con las sábanas, el frío o el calor.

Parestesia: sensación anormal del cuerpo, entumecimiento, hormigueo o ardor.

Disestesia: sensación anormal desagradable, se genera de forma espontánea o provocada. Sensaciones como ardor, tirantez, pinchazos, cortante, entre otros.

VALORACIÓN DEL DOLOR

Para conseguir un alivio eficaz del dolor es necesario realizar una valoración exhaustiva del mismo teniendo en cuenta el lugar donde se produce el dolor, la percepción del dolor por parte del paciente y cómo vive el propio paciente dicho dolor.

ANAMNESIS DEL DOLOR	-Tiempo (cuándo, cómo, frecuencia, duración, etc.) -Lugar (irradiación, superficial/profundo) -Descripción del dolor (características, síntomas asociados) -Agravantes
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	Dosis Tolerancia al fármaco Signos de toxicidad Respuesta a los opioides
ÁMBITO PSICOLÓGICO	Capacidad de enfrentar el estrés Espiritualidad del paciente Malestar psicológico ante el dolor, la enfermedad
ÁMBITO SOCIAL	Sistemas de apoyo social y familiar Disfunción familiar grave Problemas económicos
ÁMBITO CULTURAL	El morir según la propia cultura
EXPERIENCIA DOLOROSA	Parámetros médicos: medición TA, FR, FC

Los métodos de evaluación del dolor pueden ser:

- **Verbales:** el paciente explica su dolor. Incluye la entrevista clínica y los autoinformes (uni o multimodales)
- **Conductuales:** consiste en observar la conducta del paciente para determinar el nivel de dolor.
- **Fisiológicos:** valoran las respuestas fisiológicas de la persona ante el dolor.

Autoinformes unimodales

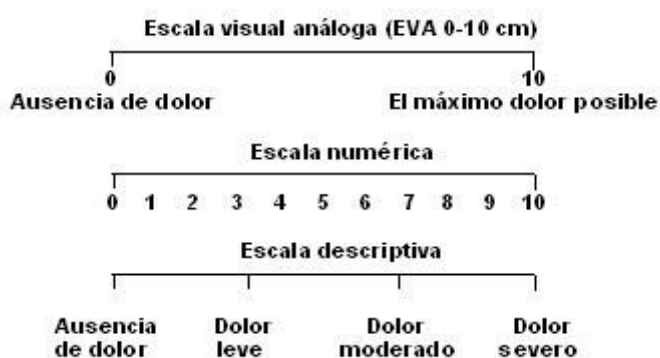


Figura 1. Escalas para medir la intensidad del dolor

Tenemos variaciones de la escala EVA que se adaptan a determinadas circunstancias de los pacientes, como es la **Escala de grises de Lüesher** (tonos comprendidos entre el blanco y el negro; blanco bienestar un puntuación de 0, el negro es el grado máximo

de dolor) o la **Escala de expresión facial** basada en la Faces Pain Scale (FPS-R), serie de rostros en la que el paciente escoge el que mejor refleja su dolor.

Se trata de escalas sencillas y de fácil comprensión para el paciente. Realmente no tienen valor si no se utilizan mediciones sucesivas.

Autoinformes multimodales

Valoran la intensidad del dolor y sus cualidades.

Cuestionario de dolor de McGill

Es largo y complejo y se utiliza sobretodo en investigación. A día de hoy se utiliza la forma abreviada que consta de varias partes: localización del dolor, intensidad, calidad, inicio, duración y variación de ritmos, métodos que le proporcionan alivio, cómo expresar el dolor, la causa de éste y qué provoca su incremento y los efectos del dolor. Este cuestionario estudia el dolor desde tres dimensiones: afectiva, sensorial y cognitiva.

Test de Latineen

Más sencillo y rápido aunque más limitado que el anterior.

Puntuación máxima 20 puntos, cuánto mayor es ésta peor se encuentra el paciente.

FECHA / /		
Intensidad del dolor	Nulo	0
	Ligero	1
	Molesto	2
	Intenso	3
	Insoportable	4
Frecuencia del dolor	No	0
	Raramente	1
	Frecuente	2
	Muy frecuente	3
	Continuo	4
Consumo de analgésicos	No toma analgésicos	0
	Ocasionalmente	1
	Regular y pocos	2
	Regular y muchos	3
	Muchísimos	4
Incapacidad	No	0
	Ligera	1
	Moderada	2
	Ayuda necesaria	3
	Total	4
Horas de sueño	Como siempre	0
	Algo peor de lo habitual	1
	Se despierta frecuentemente	2
	Menos de 4 horas	3
	Precisa hipnóticos	+1
TOTAL:		

Fig. 1. Cuestionario del índice de Latineen.

Métodos evaluación conductuales

Valoran como el paciente expresa el dolor, las posturas que adopta, sus expresiones faciales, los quejidos, etc.

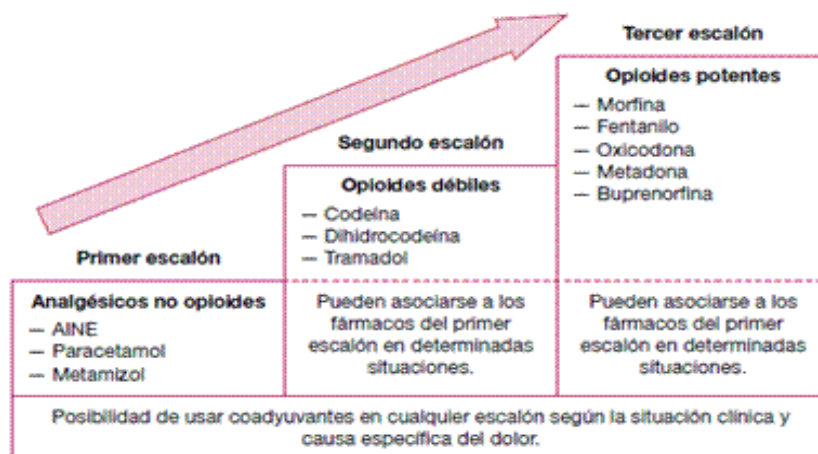
- **Escala del comportamiento de Bourhis:** Evalúa los gestos, la disminución de la actividad, el consumo de analgésicos en 24h.
- **Escala Payen:** utilizada en pacientes sedados conectados a ventilación mecánica. Valora la expresión facial, el movimiento de las extremidades superiores y la adaptación a la VM.
- **Escala de evaluación del dolor en ancianos con demencia (EDAD) o RAPID (Rating Pain in Dementia):** usadas en pacientes con alteraciones cognitivas.

Métodos de evaluación fisiológicos

- Estudio potenciales evocados.
- Variación de las constantes vitales (TA, FC, FR, temperatura..)
- Determinación de patrones respiratorios.

TRATAMIENTO

La OMS ha descrito para ello “una escalera analgésica” que consta de tres peldaños que van de menor a mayor efecto analgésico.



Premisas:

- Buscar siempre el origen del dolor.
- No usar placebos.
- Individualizar intervalos y dosis de tratamientos.

- No mezclar los opioides débiles con los potentes ni tampoco los opioides potentes entre sí.

PRIMER ESCALÓN	PARACETAMOL	Efecto analgésico y antitérmico. No efectos GI lesivos, si daño hepático si dosis >4g/día. Vida media 3-4h.
	METAMIZOL	Analgésico y antitérmico. Posible actividad espasmolítica. Efectos secundarios: agranulocitosis. Amp. IV también por VO.
	AINES (AAS, IBUPROFENO...)	Analgésico, antitérmico y antiinflamatorio. Actúan inhibiendo síntesis de prostaglandinas. Muchos efectos secundarios: pirosis, dispepsia, úlcera gastroduodenal, problemas de la fx renal, etc
SEGUNDO ESCALÓN	CODEINA	Efecto analgésico, antitusivo y antidiarreico. Sólo administración VO. Efectos secundarios: estreñimiento, náuseas, vómitos. Dosis máx 60mg/4-6h. En el hígado se transforma en morfina.
	DIHIDROCODEÍNA	Similar a la codeína pero precisa menos dosis para mismo efecto.
	TRAMADOL	Similar a la codeína, no efecto antitusivo. Provoca menos estreñimiento y menos sedación pero si causa más mareo. Posible su administración IV.
TERCER ESCALÓN	MORFINA	Fármaco de elección para dolor moderado/intenso. Vía óptima VO, vía alternativa SC. Con su uso hay que añadir fármacos antieméticos y laxantes. No tiene techo terapéutico. Efectos secundarios: estreñimiento, náuseas, vómitos, confusión, etc. Vida media 4h.
	FENTANILO	Opioide sintético. Más potente que la morfina. Indicado en pacientes con un dolor intenso estable, que no suele variar la intensidad. Administración en parches transdérmicos cuya acción es sistémica. Tarda 8-10h en alcanzar su nivel de analgesia y luego persiste hasta 16h tras su retirada. En el inicio de su tto debe añadirse morfina c/4h para mantener la analgesia hasta que alcance el nivel plasmático.
	METADONA	Útil para desintoxicación en pacientes adictos a la heroína. Vida media superior a 15h. Efectos secundarios: somnolencia, náuseas, vómitos, diaforesis.
	OXICODONA	Excelente biodisponibilidad, analgesia similar a la morfina, menos efectos secundarios.
	BUPRENORFINA	Efecto techo. Se necesitan altas dosis de naloxona para revertir sus efectos. Sin ventajas respecto a la morfina

Pautas para el uso correcto de opioides:

- Dosis fijas, vías de administración e intervalos adecuados a cada paciente.
- Dosis de rescate siempre prescrita.
- Titulación individualizada y cuidadosa.
- Prevenir los efectos secundarios de los opioides.
- Uso de fármacos coadyuvantes.

La prescripción de **fármacos coadyuvantes**, es importante para conseguir una adecuada analgesia y un mejor bienestar en el paciente. Los más relevantes son:

- **ESTEROIDES:** aumentan apetito y sensación de bienestar. Uso importante como analgésico en situaciones de compresión medular, nerviosa, en la presencia de grandes masas tumorales. Potencian el efecto analgésico de los opioides. Efectos secundarios: problemas digestivos, insomnio, candidiasis oral, etc.
- **ANTIDEPRESIVOS:** los antidepresivos tricíclicos son los más utilizados, amitriptilina. Producen sequedad de boca, retención urinaria y estreñimiento.
- **ANTICONVULSIVANTES:** uso en dolor neuropático intermitente, tipo latigazo. Presentan muchos efectos secundarios: hepatotoxicidad, leucopenia. Los fármacos nuevos (gabapentina, topiramato) tienen menos efectos secundarios pero no se tiene tanta experiencia en su uso.
- **NEUROLÉPTICOS:** aumentan analgesia producida por opioides y disminuyen las náuseas. Uso en dolores crónicos que cursan con ansiedad, agitación... se utiliza la clorpromazina, el haloperidol. Efectos secundarios reacciones extrapiramidales y la somnolencia.

VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS

VÍA	VENTAJAS	INCONVENIENTES
ORAL	Vía de elección. Menos dolorosa para el paciente. Le proporciona >autonomía. Mantiene correcta estabilidad de los niveles sanguíneos del fármaco.	Náuseas, disfagia, vómitos, disminución nivel conciencia del paciente
INTRAVENOSA	Alivio rápido y eficaz del dolor. Administración en bolo o en infusión continua.	Aparición rápida de efectos adversos como depresión respiratoria. Poca aceptabilidad por parte de la familia. Mayor dependencia del personal sanitario

SUBCUTÁNEA	Eficaz y permite asociar varios fármacos con el uso de los infusores elastoméricos. Fácil colocación y utilización. Permite buen control sintomático.	Edemas generalizados, mala perfusión periférica, etc.
RECTAL	Alternativa válida a la VO. Uso si pacientes con disfagia o náuseas o vómitos.	Pocos fármacos disponibles para esta administración.
SUBLINGUAL	Absorción rápida, muy útil en caso de administración de loracepam y diacepam.	No hay muchos fármacos. Biodisponibilidad variable.
INTRAMUSCULAR	No presenta ventajas en este tipo de pacientes.	Es dolorosa. La absorción de los fármacos es errática. No uso en pacientes caquéticos.
INTRAESPINAL	>analgesia con menor dosis de fármaco. Se infunden los medicamentos en el espacio intratecal o epidural. Los fármacos tienen que estar estériles y no llevar conservantes.	Riesgo de infección en la punción

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR

- Estimulación cutánea a través de masajes superficiales y/o profundos.
- Aplicación de calor/frío según el problema que presente el paciente.
- Estimulación eléctrica de bajo voltaje en zonas de dolor, conocido como TENS.
- Aplicación de vibración en zonas puntuales de dolor.
- Práctica de acupuntura por personal especializado.
- A nivel psicológico se pueden usar técnicas de visualización, relajación o distracción en las que el paciente conecta con su yo interior y es capaz de relajarse y así tener un poder de autocontrol mayor. Importante la musicoterapia.
- Como técnicas más agresivas pero que resultan eficaces tenemos la radioterapia (muy útil en caso de compresiones nerviosas, metas cerebrales) y la cirugía paliativa que en este caso evita las posibles complicaciones.

SEDACIÓN PALIATIVA

Se utiliza para disminuir el nivel de conciencia del enfermo, el objetivo es controlar algunos síntomas refractarios. Para su administración se requiere el consentimiento

del paciente o delegado cuando éste no sea capaz de otorgarlo. El fármaco más utilizado es el midazolam.

La **sedación en la agonía** se define como una sedación tan profunda como sea necesario para aliviar un sufrimiento físico o psicológico a un paciente cuya muerte se prevé muy próxima.

CONSPIRACIÓN DEL SILENCIO

Se refiere a un acuerdo implícito o explícito por parte de familiares, amigos y/o profesionales para alterar la información que se le da al paciente referida a su estado de salud; con el fin de evitar que sea conocedor de su delicado diagnóstico y/o pronóstico.

Estos esfuerzos no evitan que el paciente se percate en un periodo corto de tiempo de la gravedad de la enfermedad.

ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO

Se basa en mantener al paciente con vida por encima de cualquier otra consideración. Prima la cantidad y no la calidad de vida. Para ello se utilizan tratamientos agresivos que pueden proporcionar consecuencias negativas para el paciente. Es lo contrario a la ortotanasia.

3. LA MUERTE. CUIDADOS POSTMORTEN

La muerte se define como el cese total y definitivo de las funciones vitales del organismo. Es preciso que el facultativo firme el certificado de defunción para que el enfermo se considere oficialmente fallecido.

3. 1 SIGNOS DE MUERTE

INMINENTE

- DISNEA
- DISMINUCIÓN DE LA TA
- PULSO RÁPIDO, DÉBIL
- PALIDEZ, MOTEADO DE LA PIEL
- SUDORACIÓN INTENSA, EXTREMIDADES FRÍAS
- AUSENCIA RESPUESTA PUPILAR

PRECOCES

- AUSENCIA DE PULSO
- AUSENCIA LATIDO CARDÍACO
- APNEA
- ECG PLANO
- AUSENCIA TONO MUSCULAR

TARDÍOS

- ALGOR MORTIS
- RIGOR MORTIS
- LIVOR MORTIS
- PUTREFACCIÓN CADAVERICA

El hecho de identificar la **muerte inminente** permite al personal sanitario que lo comunique a los familiares permitiéndoles que puedan compartir los últimos

momentos de vida del paciente. Importante en esta etapa que el paciente no esté sólo, que aunque no responda, si le hablen y mantengan contacto físico.

- **ALGOR MORTIS:** enfriamiento cadavérico, se produce gradualmente y se inicia en las partes distales del cuerpo, manos, pies, cara.
- **RIGOR MORTIS:** rigidez cadavérica. Tras la muerte se produce una relajación de los grupos musculares, a las 2h se inicia el proceso de contractura muscular que es máxima a las 24h. Ésta desaparece a las 96h.
- **LIVOR MORTIS:** se refiere a las manchas moradas que aparecen en zonas declives del cuerpo por acumulación posicional de la sangre. Depende de la postura en la que haya fallecido la persona.
- **PUTREFACCIÓN CADAVÉRICA:** descomposición de la materia orgánica por acción de las bacterias. Cuando se inicia se observa en la FID una mancha verde alrededor de las 12h.

3.2. CUIDADOS POSTMORTEN

Son las acciones que se le realizan a la persona fallecida una vez que el certificado de defunción ha sido firmado por el facultativo.

Se debe tratar al cuerpo con respeto y sin brusquedades, manteniendo su privacidad.

Retirar sondas, catéteres y demás enseres, colocarlo en posición DS y se le cerrarán los ojos y la boca.

Dar paso a los familiares y entregarles las pertenencias y sobretodo mantener una actitud empática con los familiares, proporcionándoles consuelo en un momento difícil.

4. EL DUELO

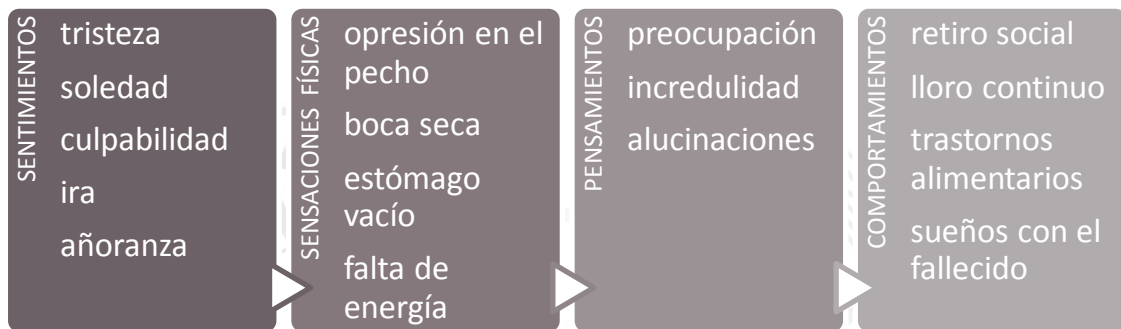
El duelo se produce como consecuencia de la pérdida de una persona amada en la que se asocian síntomas físicos y emocionales. Se necesita un tiempo para volver al equilibrio normal. Sirve para ayudar a la persona a adaptarse a la pérdida y a continuar con su vida sin la persona querida.

La **intensidad del duelo** va a depender de diversos **factores**:

- **EDAD:** mayor aceptación si el fallecido es de edad avanzada, por el contrario si fallece una persona joven (ej fallece el hijo, viven los padres) la reacción del duelo es más complicada.
- **DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD:** reacciones más fuertes si la muerte acontecida es imprevista. Si se trata de una muerte esperada por el estado delicado del paciente se considera duelo anticipatorio y el impacto es menor.
- **CONDICIONES DEL FALLECIMIENTO:** si la muerte ha estado precedida de sufrimiento, de fuerte dolores, de síntomas angustiosos en la fase agónica el sufrimiento en los familiares es mayor.

- **ASPECTO DEL FALLECIDO:** si el deterioro de éste por todo el proceso vivido es notorio la aceptación es más dificultosa. Es necesario ver y tocar el cadáver para ayudar a ver real la pérdida.

4.1. MANIFESTACIONES DEL DUELO



4.2. FASES DEL DUELO

Hay que tener en cuenta que cada persona las vive de manera distinta, no se cumplen a raja tabla y el cambio entre fases no tiene por qué ser secuencial. Exteriorizar las emociones y el dolor es vital para la resolución del duelo.

Existen varios modelos según el autor a estudiar:

MODELO KÜBLER-ROSS

NEGACIÓN	Shock. Perplejidad. Atontamiento emocional. Ocurre tras el fallecimiento, dura unas horas o días.
IRA	Búsqueda de la persona fallecida. Angustia. Frustración. Enfado. Dura semanas o meses.
NEGOCIACIÓN	Fantasea con la idea de revertir el proceso, búsqueda de estrategias para que eso no ocurra.
DEPRESIÓN	Se contacta con lo que implica su ausencia. Pena. Nostalgia. Ausencia de interés por lo cotidiano.
ACEPTACIÓN	Calma. Se entiende la muerte como algo inherente a la vida.

ENGEL

SHOCK	No aceptación de la ausencia. Negación emocional
DESARROLLO CONSCIENCIA	Llanto y culpa. Enfado con el mundo. La pérdida empieza a ser real.
RESTITUCIÓN	Rituales de luto. Recuerdo del fallecido. Formación de relaciones dependientes. Sentimiento de tristeza.

MARTOCCHIO

SCHOK E INCRECULIDAD	Tristeza y llanto. Negación emocional. Culpabilidad.
ANHELO Y PROTESTA	Conducta de aislamiento. Cabreo con el mundo que le rodea.
DESORGANIZACIÓN Y DESESPERACIÓN	Llanto. Depresión al asumir la ausencia. Pérdida de confianza.
IDENTIFICACIÓN	Identificación con el difunto.
REORGANIZACIÓN	Recuerdos afectuosos. Integración social.

4.3. TIPOS DE DUELO

- **RETRASADO, INHIBIDO, SUPRIMIDO O POSPUESTO:** estado de aturdimiento emocional en el que existe una ausencia de los síntomas descritos anteriormente. En este caso el sujeto se niega a cambiar nada en la habitación del fallecido, no quiere hablar de éste en pasado o simplemente no quiere deshacerse de su ropa. En un futuro vuelve a presentar una fuerte carga emocional ante algo que reabre la herida.
- **CRÓNICO O DUELO NO RESUELTO:** frecuente en padres que han perdido a sus hijos. La persona que ha perdido al ser querido se comporta como si hubiese sido ayer, se culpa de ello, llora constantemente etc. La persona no es capaz de almoldarse a su nueva vida.
- **EXAGERADO:** el sujeto se encuentra desbordado de dolor, utiliza técnicas de evasión como el consumo de alcohol o drogas, se centra en el trabajo de forma obsesiva lo que le puede generar algún trastorno psicopatológico como ansiedad o depresión.
- **ENMASCARADO:** la persona presenta síntomas y conductas que no reconoce que están relacionadas con la pérdida que no ha superado. Estos síntomas físicos o psicológicos pueden limitar su vida diaria.
- **ANTICIPADO:** aquel en el que la persona se da la oportunidad de compartir sus sentimientos, su dolor y le permite prepararse para la despedida del ser querido porque la muerte se visualiza como algo no evitable.

4.4. INTERVENCIONES Y SOPORTE A LAS PERSONAS EN DUELO

Según Worden los procesos que deben de presentar las personas que sufren una pérdida antes de encontrar el equilibrio son:

- 1) **Aceptar la realidad de la pérdida:** el paso más difícil y el más necesario para aceptar esa ausencia. Necesita tiempo para aceptarlo de manera intelectual y emocional.
- 2) **Dar expresión al dolor producido por la pérdida:** la condición esencial para resolver el duelo es experimentar dolor, y es imprescindible exteriorizarlo. En esta fase es muy necesaria la compañía de las amistades. El oyente debe ofrecer comprensión y empatía.
- 3) **Adaptarse al ambiente en el que el difunto no está presente:** recordar a la persona querida es un consuelo para los que añoran su presencia. El hecho de revocar su nombre es terapéutico.
- 4) **Invertir la energía en otras personas o relaciones:** cuando la persona se está recuperando de un luto es capaz de recordar y hablar de su ser querido sin llorar ni desconcertarse; y de establecer nuevas relaciones y asumir los retos que la vida le presenta.

