
TEMA 3.
SÍNTOMAS GENERALES EN LAS ENFERMEDADES TERMINALES.
CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

Luis Carmona Aguilar.

1. INTRODUCCIÓN.

Una vez que se agotan las terapias curativas pasamos a una terapia paliativa, donde el control de síntomas es el objetivo principal. El enfermo paliativo y terminal es polisintomático y busca ayuda desesperadamente, sólo le interesa el control de sus molestias, antes que su propio diagnóstico. Estos síntomas aparecen como persistentes en el tiempo, se presentan de forma combinada y de creciente intensidad.

El personal de enfermería desempeña un papel fundamental en el cuidado de los enfermos paliativos. El objetivo principal es conseguir la mayor comodidad para el paciente. Sus metas serán dos: una, promover la mayor independencia del paciente, y cuando la enfermedad progrese, procurar que el paciente se adapte a las diversas limitaciones que la enfermedad le va ocasionando. El desempeño de todos los cuidados debe cubrir tanto los aspectos físicos, psíquicos como espirituales, como un todo. Es imposible aliviar la angustia mental sin haber liberado antes a la persona de su molestia física.

El control de síntomas es la esencia de un buen cuidado paliativo. Es primordial establecer una buena comunicación con el paciente y su familia para controlar mucho mejor los diferentes síntomas. Una vez que se han valorado éstos, según su importancia, se establece un plan terapéutico. Este plan se va revisando continuamente, con el propósito de mejorar la calidad de vida, disminuir los sentimientos de impotencia y culpabilidad.

Tabla 1. Incidencia de síntomas en pacientes paliativos.

-	Pérdida de peso.
-	Dolor.
-	Anorexia.
-	Debilidad.
-	Disnea.
-	Tos.
-	Náuseas y vómitos.
-	Insomnio.
-	Edemas, ascitis.
-	Escaras, y úlceras tumorales.
-	Disfagia.
-	Ictericia.
-	Hemorragias.
-	Somnolencia.

2. PRINCIPIOS GENERALES PARA EL CONTROL DE SÍNTOMAS.

- Evaluar antes que tratar.
- Explicar las causas de estos síntomas.
- La estrategia terapéutica siempre será mixta.
- El tratamiento individualizado.
- Monitorización de síntomas.
- Atención a los detalles.
- Dar instrucciones correctas, sencillas y completas del tratamiento.
- Síntomas constantes en el tiempo, por lo tanto tratamiento preventivo.
- Revisar.
- No limitar el tratamiento al uso farmacológico.

3. ALTERACIONES DE LA CAVIDAD ORAL.

3.1. Mucositis.

Es una reacción inflamatoria de la mucosa oral y gastrointestinal. Es el resultado de la acción de la quimioterapia y la radioterapia. Puede aparecer en cualquier tramo del tubo digestivo, la zona más frecuente y más molesta es en la boca. Comienza como una sensación quemante, que en la exploración se observa una mucosa eritematosa, que va evolucionando hacia unas lesiones ulceradas que van confluyendo unas con otras, siendo muy dolorosas. Estas alteraciones van a impedir la toma de alimentos, boca dolorosa y dificultad para la deglución de sólidos y de líquidos.

El tiempo medio de la renovación de las células de la mucosa gastrointestinal es de 5 a 7 días, es el tiempo que dura la fase más aguda de esta alteración relacionada con la quimioterapia. La higiene bucal es un factor importante en la prevención y tratamiento de estas lesiones.

3.2. Boca seca.

Sensación bucal quemante. El cuidado de la boca tiene un papel importante en el enfermo paliativo. Una boca bien cuidada favorece el confort de estos enfermos, les permite saborear mejor los alimentos, se previenen infecciones, les facilita la comunicación... Las bocas sucias pueden infectarse y ser dolorosas interfiriendo considerablemente sobre las funciones físicas y psicológicas. Se debe a una falta de higiene, por olvido o dejadez, porque en un principio el cuidado de la boca pasa a un segundo lugar, nos preocupamos antes por curar o cuidar patologías más severas. También puede ocurrir por una reducción de la secreción salival:

- Que puede ser como consecuencia del tratamiento:

- Quimioterapia.
- Radioterapia.
- Cirugía.
- Fármacos:
 - Opioides.
 - Anticolinérgicos.
 - Antidepresivos.
 - Fenotiacinas.

- Y como consecuencia de:

- Náuseas y vómitos.
- Fiebre mantenida.
- Hemorragias
- Deshidratación.
- Respiración bucal.
- Oxigenoterapia.

Tratamiento y cuidados de boca seca:

- Mantener al paciente bien hidratado.
- Lavado bucal cada dos horas, con colutorios poco agresivos, sin alcohol.
- Enjuagues con bebidas como el agua fresquita, el té, café con hielo, zumos de frutas (sobre todo de piña y naranja natural).
- Enjuagues con una mezcla de agua natural, bicarbonato sódico (1/2 cucharadita), agua oxigenada (2 cucharadas), previene la aparición de candidiasis.
- Masticación de chicles o trocitos de piña, activa la salivación.
- Mantener en la boca bebidas carbonatadas, como la tónica, sidra, refrescos...
- Aplicar crema de lanolina en los labios.

3.3. Boca dolorosa.

Esta deficiencia en el cuidado se puede complicar y aparecer una boca dolorosa, que se produce por: infecciones, úlceras neutropénicas, estomatitis inducidas por los fármacos y lo más frecuente son las candidiasis orales.

- Candidiasis oral: presente en el 90% de los pacientes a lo largo de la enfermedad. Se presenta de forma clásica, lesiones blanquecinas en una mucosa inflamada, que puede evolucionar si no se trata a fisuras linguales, hiperemia, edema y queilosis.
- Infecciones virales: el más común es el herpes simple.
- Infecciones bacterianas: infecciones periodontales por el estafilococo epidermidis y pseudomonas aeruginosa.
- Úlceras neutropénicas: aparecen cuando los neutrofilos descienden de 100 por mm^3 . Especialmente en pacientes con leucemia aguda. Lesiones con márgenes regulares y fondo amarillo blanquecino que no se quita con facilidad.

Tratamiento y cuidados de boca dolorosa.

- Lavados con una solución oral de lidocaína viscosa al 2%, se puede tragar si es necesario.
- Lavados con una solución oral de betametasona.
- Enjuagues con violeta de genciana.
- Betadine oral, clorexidine 2%.
- Toma de antimicóticos orales o sistémicos (Micostatyn, Diflucan).
- En las infecciones virales el aciclovir tópico o sistémico.
- Toma de analgésicos sistémicos.
- Anestésicos locales.

Tratamiento y cuidados de boca sangrante.

- Tratar la causa básica de la hemorragia, como por ejemplo: una trombopenia o determinar si proviene del tumor. Si es así, valorar la cantidad de la misma.
- Si es leve, presionar con una gasa el punto hemorrágico y no quitar los coágulos que se formen para facilitar la hemostasia. Una vez cortada, limpiar suavemente las zonas de alrededor, y quitarle importancia a la misma, tranquilizar al paciente.
- Si es masiva, presionar con un trapo o toalla, cambiándola frecuentemente. Intentar que el paciente no se dé cuenta de lo que está ocurriendo, quitarle importancia y tranquilizarlo. Llamar al servicio de urgencias. Y si es una hemorragia incontrolable administrar 20 mg. de cloruro mórfico y 10 mg. de dormicum vía subcutánea. Para disminuir la conciencia y disminuir la disnea.

3.4. Candidiasis oral.

Infección oral producida por hongos: Candida Albicans. Debido a una complicación de la sequedad de boca, utilización de corticoides, tratamientos con quimio y radioterapia, movilidad de la dentadura postiza, pacientes inmunodeprimidos, etc.

Se presenta en las siguientes formas clínicas:

- Pseudomembranosa aguda: placas blanquecinas, suaves, a los lados de la boca, si se levantan la mucosa oral aparece con erosiones y sangrante.
- Hipertrófica aguda: igual que la anterior pero en el dorso de la lengua.
- Atrofia aguda: se caracteriza por dolor en el dorso de la lengua, mucosa bucal seca y roja, sin placas blanquecinas.

Tratamiento y cuidados de enfermería:

- Enjuagues con betadine oral.
- Nistatina (Mycostatin®). Se dará tres veces al día, primeramente una cucharadita mantenida en la boca durante unos minutos, después se escupe y se toma otra cucharadita tragada. Es muy útil congelar esta cantidad de fármaco en cubitos de hielo, de esta manera hacemos que el paciente se tome un helado y además se refresque la boca. Al mantenerse más tiempo en la boca su acción terapéutica es más duradera.
- Ketoconazol (Ketoisdin®) y Fluconazol (Diflucan®) son antifúngicos de acción sistémica.

4. SÍNTOMAS DIGESTIVOS.

Son los síntomas más frecuentes en pacientes con cáncer avanzado, que aumentan su incidencia a medida que la enfermedad avanza. Aunque la enfermedad no se localice en el aparato digestivo, siempre están presentes. Son síntomas con una especial dificultad para su control. A continuación detallamos cada uno de ellos:

4.1. Náuseas y vómitos.

Se definen las náuseas como la sensación desagradable, subjetiva, que va acompañada de cambios del sistema nervioso autónomo, actividad parasimpática, con una disminución del tono gástrico y una reducción del peristaltismo.

Se definen los vómitos como la expulsión potente del contenido gastrointestinal a través de la boca. Las náuseas van seguidas de una arcada, es una contracción activa de la musculatura abdominal. Puede haber una o varias arcadas seguidas, con o sin contenido gástrico.

El mecanismo del vómito se origina por estimulación central (ansiedad, fármacos...) o periférica (inhibición de la motilidad gastrointestinal, taquicardias, salivación, olores...).

Causas:

- Irritación gastrointestinal.
- Por crecimiento del tumor.

- Por hemorragia gástrica.
- Obstrucción intestinal:
 - Causada por bridas post-operatorias.
 - Fecaloma.
- Aumento de la presión intracraneal.
- Dolor.
- Ansiedad.
- La misma toxicidad cancerosa.
- Efectos adversos del tratamiento farmacológico:
 - Quimioterapia.
 - Opioides.
 - A.I.N.E.S.
 - Corticoides.
- Efectos del tratamiento con radioterapia.
- Desequilibrios bioquímicos:
 - Hipercalcemia.
 - Hipernatremia.
 - Uremia.

Tratamiento y cuidados del personal de enfermería.

- Proporcionar un ambiente tranquilo, alejado de los olores de la cocina o comidas, siguiendo una dieta adecuada que no condicione el vómito.
- Comer de forma frecuente, y en pequeñas cantidades.
- Utilización de los antieméticos:
(Hay que tener en cuenta el origen de los vómitos para utilizar adecuadamente los fármacos.)
- Si los vómitos son de origen central, utilizaremos los antagonistas de los receptores de la Dopamina, los que actúan a nivel de la zona trigger quimiorreceptora.
 - Haloperidol: 10 gotas (1 mg.) cada 8 h. Tiene un gran poder antiemético a nivel central, poco sedante, menos efectos anticolinérgicos, menos efectos cardiovasculares, pero produce más reacciones extrapiramidales.
 - Clorpromacina: 15 mg. a dosis nocturnas. Es una alternativa al haloperidol en pacientes que están muy ansiosos y angustiados, tiene un poder mayor de sedación.
- Si son de origen periférico utilizaremos, antagonistas de los receptores 5-HT₃ de la serotonina:
 - Metoclopramida. (Primperan[®]).
 - Domperidone. (Motilium[®]).

Los dos aumentan la motilidad del esófago, aumentando también la presión del esfínter esofágico inferior. Favorece el vaciamiento gástrico, aumenta la dilatación pilórica y disminuyen el tiempo de tránsito en el intestino delgado.

4.2. Estreñimiento.

Se define como la emisión infrecuente de heces, menos de tres veces en semana, consistencia dura y seca, que son difíciles de expulsar.

Etiología.

- Producido por propio crecimiento tumoral, tanto a nivel del aparato digestivo como a nivel locorregional.
- Por culpa de la anorexia, la ingesta de alimentos y líquidos diaria se reduce considerablemente, se retrasa la formación de heces, y se van endureciendo al paso de los días.
- Como consecuencia de la astenia intensa, encamamientos prolongados, imposibilidad de llegar al servicio cuando se presenta el estímulo.
- Estados confusionales y alteraciones de la conciencia.
- Alteración metabólica en algún tipo de tumores. Hipercalcemia. Se produce un secuestro excesivo de agua a nivel intestinal y el peristaltismo se enlentece.
- Toma de fármacos opioides, anticolinérgicos, fenotiacinas y antidepresivos. Se produce un enlentecimiento del tránsito intestinal.
- Procesos intercurrentes, fístulas anales y hemorroides.

Tratamiento y cuidados del personal de enfermería.

- Se realiza la entrevista y la historia clínica.
- Auscultación abdominal, exploración del ano y tacto rectal.
- Adiestrar a la familia en preparar dieta rica en fibra.
- Movilización del paciente, dentro de las posibilidades del mismo.
- Responder rápidamente a los deseos de defecación.
- Utilización de laxantes:
 - Reguladores: ricos en fibra. Aumentan la masa fecal. No son muy útiles en este tipo de pacientes y además producen muchas flatulencias incómodas.
 - Detergentes: permite pasar el agua a la masa fecal reblandeciéndola. Los más recomendables.
 - Osmóticos: aumentan la presión osmótica a nivel de la luz intestinal, favoreciendo el paso de agua hacia la misma.
 - Estimulantes del peristaltismo: ideales en la toma de opioides.

- La asociación entre ellos aumenta su eficacia.
- Están contraindicados en la obstrucción intestinal.
- Utilización de estimulantes de la ampolla rectal y enemas de limpieza.

4.3. Fecaloma.

Impactación de las heces en el intestino grueso o en ampolla rectal. Imposibilidad de expulsión por su gran tamaño y dureza de las mismas. Puede ser una única masa o varias de distinto tamaño. El paciente manifiesta tenesmo, pesadez en el abdomen, incomodidad y en ocasiones aparece febrícula.

Etiología.

- Consecuencia de la toma de opioides.
- Sedentarismo, encamamiento prolongado.
- Dieta escasa y pobre en residuos.
- Deshidratación.

Tratamiento y cuidados del personal de enfermería.

- Enemas de limpieza.
- Extracción manual.

Enemas de limpieza.

1. Valorar el grado de conocimiento del enfermo sobre lo que es un enema de limpieza.
2. Explicarle el procedimiento.
3. Que aguante la solución al menos 10 minutos.
4. Poner al paciente si es posible, en decúbito lateral izquierdo.
5. Invitarle a que flexione las rodillas.
6. Lubricar la cánula.
7. Añadir a la solución unas cucharadas de aceite virgen de oliva.
8. Introducir la cánula y administrar la irrigación a temperatura corporal aproximadamente.
9. Si aparece dolor cólico intenso se suspende la irrigación.
10. Poner al paciente después de 10 minutos a evacuar el enema.
11. Supervisar que ha sido efectivo y realizar un tacto rectal para comprobar que no ha quedado fecaloma alguno.

Extracción manual.

1. Se realiza cuando haya fracasado el enema de limpieza.
2. Será aconsejable sedar un poco al paciente, suele ser una técnica incómoda.

3. Explicarle lo que se le va a realizar.
4. Vaciar unas cánulas de lubricante anestésico hidrosoluble en la ampolla rectal y esperar que actúe sobre unos 10 minutos.
5. Con los dedos introducidos en el recto realizar movimientos circulares para la dilatación del esfínter.
6. Romper con los dedos la masa fecal en trocitos e ir sacándolos poco a poco.
7. Todo el proceso se le va explicando al paciente y se le va tranquilizando en lo que se pueda.
8. Después de extraer el fecaloma lavar la zona rectal.

4.4. Diarrea.

Se define como el aumento en la frecuencia, más de tres veces al día y con disminución de la consistencia de las deposiciones.

Causas.

- Impactación fecal. Se produce un sobreflujo de agua a través de los bordes de la impactación de un fecaloma.
- Desajuste en la dosis de laxantes. Se presenta episodios alternados de diarrea y estreñimiento.
- En patologías específicas como en el cáncer de páncreas, es frecuente la aparición de esteatorrea.
- Radioterapia abdominal. Aparece en unos 15 días después de la irradiación. Se piensa que se debe a una liberación de prostaglandinas en la mucosa intestinal.
- Quimioterapia. Los preparados que contienen fluoropirimidinas, causa lesión en la mucosa abdominal.

Tratamiento y cuidados del personal de enfermería.

Tratar de corregir los factores etiológicos, en caso de gastroenteritis se pautará los pertinentes antibióticos. Si es por impactación fecal se llevará a cabo la desimpactación con reposición hidroelectrolítica.

Utilización de antidiarreicos.

- Loperamida: antidiarreico opioide sin acción central. 2 mg. después de cada deposición.
- Codeína: opioide débil capaz de causar estreñimiento. 30 mg. cada 6-8 horas.
- Ácido acetyl salicílico y naproxeno: en diarreas por RT.
- Caolín y carbón activado: en diarreas infecciosas, absorben sustancias tóxicas. 2-6 mg. cada 4 horas.

- Enzimas pancreáticas en la esteatorrea.
- Colestiramina: en la diarrea biliar.
 - Metronidazol: en colitis pseudomembranosa.
 - Ciproheptadina: en el síndrome carcinoide.
- Evitar que el paciente se deshidrate.
- Dieta astringente.

4.5. Disfagia.

Se define como la dificultad para la deglución, con o sin dolor.

Causas.

- Debidas al mismo cáncer, se denomina disfagia maligna: tumor en cuello, boca, cara, esófago, en mediastino, etc. Esta dificultad para tragar resulta de la obstrucción parcial o total del lumen esofágico. O por afectación neurológica, extensión perineural, afectación cerebral, etc. Los enfermos pierden su habilidad para comer de forma cómoda y segura, cursando con malnutrición.
- Asociadas al cáncer. Boca seca, candidiasis, infecciones bacterianas, espasmo esofágico, ansiedad, somnolencia, debilidad, deterioro, desinterés...
- Por el tratamiento, mucositis, cirugía oral, fibrosis postradioterapia, reacciones adversa a la medicación.

Valorar el tipo de la disfagia.

Observar como el paciente deglute.

Si existe fístula broncoesofágica.

Si traga líquidos, sólidos...

Tratamiento y cuidados del personal de enfermería.

- Si es por infección se pautará tratamiento.
- Dieta blanda, suplementos dietéticos.

Cuidados de la boca.

- Si es por el tumor se pautarán corticoides para disminuir el edema peritumoral, tienen la posibilidad de reabrir la luz esofágica.
- Se puede irradiar (RT).
- Se puede enseñar técnicas para la deglución como: inspirar aire, cerrar los labios, inclinar la cabeza, tragar, esperar, y después ingerir líquidos fríos.
- Intubación endoscopia de tumores esofágicos.
- Si hay fístula broncoesofágica, se recomienda comer comida sólida y los líquidos con espesantes. En posición semisentado.

- En la disfagia total los pacientes pueden degustar los alimentos, masticándolos y saboreándolos, después los expulsan.
- Alimentación enteral. Colocación de sonda nasogástrica o gastrostomía.

4.6. Hipo.

Reflejo respiratorio patológico. Se presenta por diversas causas:

- Irritación del nervio frénico debido al tumor.
- Irritación directa del diafragma.
- Uremia.
- Dispepsia.
- Elevación diafragmática por una hepatomegalia y ascitis.

Tratamiento y cuidados del personal de enfermería.

- Corregir el origen metabólico si es posible (uremia).
- Se respirará unos pocos segundos en una bolsa de papel.
- Si no cede, se pueden utilizar uno de los siguientes fármacos:
 - Haloperidol: 0,5 mg. vía s.c. cada 6 h.
 - Clorpromazina: 25 mg. vía oral cada 8-12 h.
 - Metoclopramida: 10 mg. vía oral cada 6 h.
 - Domperidona: 10 mg. vía oral cada 6 h.

4.7. Síndrome de aplastamiento gástrico.

Producido por compresión tumoral del estómago, por ascitis y por hepatomegalia.

Características clínicas.

- Presenta dolor o malestar en epigastrio.
- Con sensación de plenitud.
- Náuseas y vómitos.
- Acidez.
- Hipo.

Tratamiento y cuidados del personal de enfermería.

- Se trata modificando la forma de alimentarse, con pocas cantidades y frecuentes a lo largo de la jornada.
- Si hay dolor con opioides
- Si el hipo es muy intenso y duradero, agotador, con dosis de 10 gotas de Largactil cada 6-8 h.
- Con antiácidos y ranitidina.
- Morfina.

4.8. Obstrucción intestinal.

Suele ser más común en la etapa terminal del paciente. Se puede dar en intestino delgado, grueso, zona pilórica... Puede ser parcial o total.

Se diagnostica teniendo en cuenta la historia clínica, la observación de la distensión abdominal, peristalsis visible, percusión resonante y pruebas radiológicas.

Cuando la obstrucción es total aparece el vómito fecaloideo.

Sintomatología: náuseas, vómitos, estreñimiento, ausencia de ruidos intestinales y de ventosidad, dispepsia y dolor abdominal.

Las pacientes con carcinoma de ovario en un 44% se complican con una obstrucción intestinal.

Causas.

- Por crecimiento tumoral, linitis plásticas y neuropatías retroperitoneales.
- Se puede producir por adherencias posquirúrgicas.
- Trastornos metabólicos (calcemia).
- Tratamientos farmacológicos: opioides, antihistamínicos, corticoides...

Tratamiento y cuidados del personal de enfermería.

- Dieta absoluta.
- Alimentación parenteral.
- Si es por constipación, se efectuarán enemas de limpieza.
- Si la obstrucción es total se colocará sonda nasogástrica de descarga.
- Tratamiento farmacológico: se enfoca al alivio sintomatológico de las náuseas, vómitos y el dolor.
- Utilización de corticoides a altas dosis para reducir el edema peritumoral y conseguir una obstrucción parcial.
- Cirugía si está indicado. Gastrostomía percutánea.
- Quimioterapia paliativa para reducir la masa tumoral.
- Extremar los cuidados de la boca.

4.9. Ascitis.

Se define como la efusión de líquidos dentro de la cavidad peritoneal. Se caracteriza por un aumento progresivo del diámetro abdominal, aumento de peso, aumento del edema maleolar y elevación del diafragma, con la consiguiente sintomatología: reflujo gástrico, regurgitación, saciedad temprana, náuseas, disnea, tos e hipo. Puede aparecer edema en genitales y miembros inferiores, y el signo de la oleada es positivo.

Causas.

Carcinomatosis peritoneal, debido a una obstrucción mecánica del drenaje linfático.

Invasión tumoral del parénquima hepático, se puede generar una obstrucción venosa hepática, que condiciona un aumento de la presión hidrostática.

Tratamiento.

- La ascitis leve responde a diuréticos.
- Dieta hiposódica y líquidos restringidos.
- Ascitis severa: se realiza una paracentesis para evacuar los líquidos.
- Informar al paciente y apoyar a su familia. Información continuada del tratamiento y de la evolución de la sintomatología.
- Adecuar la dieta en la medida que se pueda.

5. SÍNTOMAS RESPIRATORIOS.

Disnea, tos y hemoptisis.

5.1. Disnea.

Se define como la percepción desagradable de la dificultad respiratoria. Sensación de falta de aire. Aparece en un 70% de los casos neoplásicos pulmonares. Es un síntoma que el paciente refiere y nos describe sus características. Se considera como un signo de mal pronóstico. Las causas de la disnea son múltiples, en ocasiones se asocian varias y aparece la dificultad respiratoria.

Causas en la aparición de la disnea:

- Ocupación del parénquima pulmonar.
- Obstrucción de las vías aéreas.
- Linfagitis carcinomatosa.
- Compresión de la vena cava superior.
- Derrame pleural.
- Derrame pericárdico.
- Ascitis a tensión.
- Hepatomegalia.
- Fibrosis postradioterapia.
- Algunos tipos de quimioterapia
- Tromboembolismo pulmonar.
- Ansiedad.
- Insuficiencia cardiaca.
- Derrame pleural.

Valoración.

- Valorar la causa que desencadena la disnea, (pequeños esfuerzos, el hablar, el comer...).
- Valorar el estado general del paciente, ya que cualquier actividad mínima de la vida diaria puede desencadenar un episodio de disnea.
- Valorar el entorno en el cual se encuentra y los factores de estrés.
- Valorar la ansiedad y el estado psicoemocional del paciente.

Tratamiento y cuidados del personal de enfermería.

- Primero tranquilizar al paciente y a la familia, dando información precisa sobre la evolución y su tratamiento.
- Facilitar un ambiente tranquilo y evitar situaciones que desencadenen la disnea.
- Adiestrar en técnicas de relajación.
- Prevenir las causas desencadenantes:
 - Estreñimiento.
 - Esfuerzo físico.
 - Estrés emocional.
 - Fiebre.
 - Comidas de difícil masticación...
 - Proporcionar ambientes renovados y de aire limpio y fresco.
- En caso de broncorrea, fisioterapia respiratoria.
- Medidas farmacológicas:

En el tratamiento paliativo de la disnea está indicada la morfina. Se desconoce con exactitud cómo la morfina es capaz de aliviar la disnea, existen varias teorías del mecanismo de actuación:

 1. Efecto depresor sobre el centro respiratorio, (es la teoría más compartida).

La toma de morfina en todas sus presentaciones reduce la respuesta de hipercapnia.
 2. Que reduce el consumo de oxígeno en el organismo humano.

5.2. Tos.

Es otro síntoma respiratorio que incide un 50% en los pacientes con cáncer avanzado y en un 80% en el cáncer broncopulmonar. Si la tos persiste puede llegar a incrementar la presencia de otros síntomas como la anorexia, náuseas y vómitos, insomnio, fracturas costales, cansancio, en definitiva aumentar el sufrimiento. Se considera como un marcador de la actividad de la enfermedad. Puede ser tos seca, tos húmeda y tos húmeda productiva.

Etiología.

- Por una obstrucción, irritación bronquial a causa de un tumor primario, o afectación mediastínica.
- Derrame pleural.
- Infección bronquial.
- Insuficiencia cardiaca izquierda.
- Como consecuencia del tratamiento con RT. Fibrosis pulmonar.

Tratamiento y cuidados del personal de enfermería.

- Eliminar si es posible la causa subyacente, por ejemplo si es debida a un proceso infeccioso antibióticos.
- Por otra parte, si es producida como consecuencia del cáncer es una tos irritativa y persistente. El tratamiento debe ir encaminado al origen central del reflejo de la tos.
- Tratamiento farmacológico:
 - Sulfato de codeína: 30-40 mg. cada 4-6 h.
 - Dihidrocodeína: 60 mg. cada 12 h.
 - Dextrometorfan: 30 mg. cada 6 h.
 - Morfina oral: 5-20 mg. de liberación rápida cada 4 h.
 - Esteroides: dexametasona 4-8 mg. día.
 - Aerosoles: Buvicaina o lidocaína.
 - Broncodilatadores.
- Humidificar el ambiente que rodea al paciente.
- Enseñar a toser de forma productiva y controlada.
- Hidratar adecuadamente al paciente y administrar mucolíticos.
- Si el paciente está muy débil, terminal, se utilizarán hioscina o buscapina simple, se reducen los estertores considerablemente, sin causar sedación.
- La aspiración de las secreciones es una operación poco frecuente, sólo se utilizará cuando el paciente tenga unos esputos muy espesos y esté muy incómodo.

5.3. Hemoptisis.

La expulsión de sangre acompañada de tos, está presente en el 65% de los pacientes afectados con cáncer de pulmón.

Etiología.

- Puede provenir de la nariz, orofaringe y bronquios.
- Puede ser debida a una plaquetopenia o rotura de un vaso sanguíneo por progresión tumoral o tos repetitiva.

Tratamiento y cuidados del personal de enfermería..

- Si es una tos con poca sangre y ocasional, solo se requiere vigilancia.
- Si persiste o empeora se utilizarán antitusígenos y agentes hemostáticos, como el ácido tranexámico.
- Si no cede se valorará el tratamiento con R.T. paliativa.
- En caso de que la hemorragia sea masiva y prolongada en el tiempo, más de 200 ml. en 24 h., es considerada como una situación de emergencia. Si la hemostasia, no fuera posible se realizará una sedación del paciente, con morfina y midazolam. Si no cede la hemorragia, se mantendrá sedado hasta su fallecimiento.

6. SÍNTOMAS UROLÓGICOS.

Estas manifestaciones clínicas, en los pacientes paliativos son frecuentes, múltiples y heterogéneas.

Originados por la presencia del tumor (próstata, útero, cérvix y gónadas).

Derivados de los tratamientos tan agresivos (QT Y RT).

Debemos realizar una historia clínica detallada, que nos oriente a detectar correctamente la disfunción miccional.

6.1. Incontinencia urinaria.

Se define como la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra. Creando un problema higiénico y social. Existen varios tipos de incontinencia, dependiendo donde se localice el problema:

- Incontinencia por incompetencia de esfínter:
 - Invasión tumoral del esfínter.
 - Intervención quirúrgica.
 - Lesiones medulares.
- Incontinencia por rebosamiento:
 - Aparece como consecuencia de una uropatía obstructiva crónica y en ella la micción se hace sin control.
- Incontinencia por irritabilidad de la vejiga, por los siguientes motivos:
 - Tumores localizados en el trigono y en el cuello.
 - Alteraciones inflamatorias por QT y RT.
 - Infecciones.
- Incontinencia mecánica:
 - Fístulas. Comunicación anómala entre el aparato urinario y otro órgano extraurinario. Tipos:
 - Vesicoentéricas.
 - Vesicovaginal.

- Uretrocútea.
- Retrouretral.

Tratamiento y cuidados del personal de enfermería.

- Cuidados básicos de la higiene perineal.
- En una mujer se recomienda un sondaje vesical.
- En el hombre están indicados los colectores o sondaje vesical.
- Farmacológicamente está indicado:
 - Agentes anticolinérgicos y antiespasmódicos.
 - Antidepresivos tricíclicos.
Su uso nocturno suprime la contracción vesical e incrementa la presión uretral.
- Utilización de empapadores o pañales.
- Proporcionar apoyo psicológico y social.
- Utilización de la cirugía en las fístulas si está indicado: citostomía percutánea.
- Promover sentimientos de autoestima, proporcionar apoyo y animar expresión de sentimientos.
- Mantener un olor agradable.
- Prevenir las úlceras por decúbito.

6.2. Disuria.

Se define como sensación desagradable de quemazón o irritación en el meato uretral durante la micción. Suele ser muy frecuente, debido a que puede ser producida por multitud de causas, por ejemplo: infecciones, cálculos renales, coágulos, infiltración de la vejiga, impacto fecal, problema neurológico, presencia de sonda vesical, etc.

Tratamiento y cuidados del personal de enfermería.

- Si el dolor se instaura en la zona suprapúbica se sospechará de infección, cultivo de orina y tratamiento según proceda.
- Tacto rectal para descartar impactación fecal.
- Medidas farmacológicas:
 - Flavoxato: 5 mg. cada 8 horas vía oral.
 - Imipramina: 25-50 mg. antes de acostarse.
 - Oxibutinina: 10 mg. cada 8 horas.
 - Propantelina: 15 mg. cada 8 horas.

6.3. Tenesmo vesical.

Es el deseo constante de orinar con un aumento del tiempo para la micción entre intento de hacerlo y cuando ésta se consigue finalmente. Está causado por infiltración del cuello vesical, hipertrofia prostática, plexopatía presacra, compresión medular, infección y debilidad generalizada.

Tratamiento y cuidados del personal de enfermería.

- Tratar la causa reversible como una infección.
- Sondaje vesical.
- Fármacos:
 - Bloqueantes α -adrenérgicos: Prazosín oral 1 mg. cada 12 horas.
 - Anticolinesterásicos: Piridostigmina: 60-120 mg. cada 6 horas.

6.4. Espasmo vesical.

Aparición de un dolor intenso, suprapúbico de carácter intermitente, debido a una hiperactividad del músculo detrusor, por irritación a nivel del trigono.

Causas.

- Crecimiento del tumor.
 - Infección.
 - Uso de QT.
 - Sonda vesical.
 - Impacto fecal.

Tratamiento y cuidados del personal de enfermería.

- Uso de analgésicos. Los más utilizados son:
 - AINES.
 - Hioscina, buscapina...
 - Amitriptilina.
 - Propantelina.
 - Oxibutinina.
- Morfina y el tracto urinario.
 - Los opioides y en especial la morfina pueden producir ocasionalmente sobre la vejiga una disminución de la sensación de plenitud de la misma.
 - Con un aumento del tono del músculo detrusor y aumento de las contracciones ureterales. Esto aumenta el tenesmo y puede ocasionar una retención urinaria junto a una impactación fecal.

6.5. Hematuria.

Presencia de sangre en orina. Es un signo y síntoma muy frecuente por lo que no debe de ser ignorado mientras no se conozca la causa. La magnitud del sangrado no siempre está relacionada con la gravedad del mismo. Provoca gran preocupación al enfermo y a su familia. Se debe de realizar un exhaustivo estudio para determinar su exacta procedencia.

- Si aparece junto a disuria, polaquiuria y urgencia miccional, junto a una cifra de 100.000 colonias o más en el cultivo, es indicativo de infección urinaria.
- Si va acompañada de dolor en flancos o en la parte baja del abdomen, su posible origen es de vejiga, uréteres o riñón.
- El tratamiento con AINES se asocia con hematuria microscópica.
- El tratamiento con QT tratados con ciclofosfamida.

Tratamiento y cuidados del personal de enfermería.

- Tratamiento conservador, se coloca sonda Foley de calibre 22-26 de tres vías, realizándose lavados continuos hasta que se aclare la orina.
- Bajo anestesia se instalará una solución de nitrato de plata o formalina al 1%.
- Ácido tranexámico vía oral: 1.5 mg. cada 8 horas.
- Tratamiento con radioterapia a dosis cauterizantes.
- La cirugía si procede.

7. SINTOMAS SISTÉMICOS.

Anorexia y Caquexia:

Son síntomas muy devastadores en los pacientes paliativos y muy frecuentes en los paliativos con cáncer. Este tipo de caquexia (en el cáncer) es un síndrome metabólico complejo. Se caracteriza por pérdida de peso progresiva e involuntaria, incluso puede alcanzar la muerte del paciente por consumición. En el síndrome se asocian la anorexia, la pérdida de peso y diversas alteraciones metabólicas. A veces también se acompaña con astenia, náuseas y vómitos de forma crónica. Este síndrome también se puede describir en las enfermedades como el SIDA y en procesos inflamatorios- infecciosos de evolución tórpida.

Dentro de la malnutrición se pueden definir tres conceptos diferentes: inanición, caquexia y sarcopenia.

- Inanición: es pura ausencia calórica, por lo que el organismo se adapta metabólicamente para conservar la masa corporal, incrementando el metabolismo de las grasas.
- Caquexia: se define como la pérdida acelerada de la musculatura esquelética debido a una respuesta fisiológica a las nuevas condiciones que se pueden presentar: tumorales o inflamatorias.

- Sarcopenia: se define como la pérdida de músculo esquelético en ausencia de pérdida de peso. Se suele dar en personas con poca actividad física y en la vejez. Hay una atrofia de las fibras musculares.

7.1. Etiología.

El conocimiento de las causas de la anorexia y caquexia sigue siendo muy limitado. La mayoría de las investigaciones se han efectuado en animales por lo que están muy limitados. Anteriormente se pensaba o se entendía a la caquexia como el resultado de un excesivo metabolismo del tumor, éste utilizaba los escasos nutrientes que el paciente ingería para su propio provecho. Las investigaciones actuales han demostrado sobradamente que el soporte nutricional agresivo no revierte la caquexia asociada al SIDA, se desconocen exactamente los motivos que lo producen.

En la actualidad se le da mayor importancia a las alteraciones metabólicas profundas que se dan cuando se liberan diversos factores tumorales, responsables de estas alteraciones. La interrelación entre las células malignas activas y el huésped provocan un gradiente de síndromes diversos de caquexia y anorexia. El primero supone alteraciones metabólicas que conducen al deterioro muscular y a la pérdida de grasa. El segundo consta de alteraciones neurohormonales que conducen a la pérdida de apetito y a la saciedad prematura. Y el tercero en los enfermos de SIDA, que incluyen modificaciones de los circuitos anabólicos, provocando una disminución de la masa muscular y astenia.

7.2. Tratamiento y cuidados del personal de enfermería.

- Valorar la causa y tipo de cáncer, y en la situación en la que se encuentra.
- Estimar el pronóstico del paciente, valorar y decidir cual es su tratamiento más adecuado respecto a la supervivencia.
- Comprobar la integridad del aparato digestivo.
- Decidir conjuntamente con el paciente y su familia los objetivos de la intervención nutricional a corto plazo que nos planteamos alcanzar.
- Utilización de fármacos:
 - Proquinéticos. Metoclopramida. Propiedades antieméticas y estimula el vaciamiento gástrico.
 - Corticoesteroides. Dexametasona. Mejoran el apetito y proporcionan una sensación de bienestar. En pacientes con una esperanza de vida corta.
 - Progestágenos. Acetato de Megestrol. Estimulación central del apetito y neutraliza la actividad de ciertas citoquinas.
- Soporte emocional y apoyo a la familia.

8. SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS.

Estos síntomas aparecen con mayor frecuencia en pacientes paliativos oncológicos, en relación con el crecimiento, localización, y metástasis del cáncer (Síndrome paraneoplásico). También a la utilización de tratamientos antitumorales, que presenta secundarismos importantes a nivel neurológico. Casi siempre estas afectaciones neurológicas significan una pérdida de autonomía para el propio paciente. A continuación se detallan los más significativos:

8.1. Hipertensión intracraneal.

Un síndrome caracterizado por edema cerebral, presente en los tumores y metástasis cerebrales.

La cefalea es el síntoma más relevante, el que primero suele aparecer, suele ser generalizada o de manera pulsátil. Puede ir acompañada de vómitos en escopetazo, diplopia y visión borrosa. El dolor se aumenta cuando se realiza la maniobra de Valsalva, como en la tos. Puede ir acompañada de confusión mental, disartria, disfagia, pérdida de coordinación, hemiplejía, labilidad emocional y cambios en la personalidad. Con el tiempo puede aparecer hidrocefalia con lo que la situación se complica considerablemente, hasta un deterioro progresivo abocado al fallecimiento del paciente.

Tratamiento y cuidados del personal de enfermería.

- Dexametasona: Reduce la inflamación y el edema peritumoral, aunque éste siga creciendo. En el tratamiento inicial se utilizan dosis altas, 16 mg. día de choque, que se irán reduciendo en 48 horas a una dosis de mantenimiento 6 mg. día. La dosis se ajustará según la afectación neurológica y dependiendo de la respuesta al tratamiento de choque, siempre se deben de asociar fármacos protectores gástricos, omeprazol y ranitidinas.
- En el caso de la hidrocefalia se valorará la posibilidad del drenaje ventricular, si la evolución de la enfermedad y el estado del paciente lo permiten.

Los efectos colaterales de la utilización de los corticoides a altas dosis y durante un tiempo prolongado, van aumentando en relación a la dosis, pero en los pacientes paliativos si la respuesta es favorable, pueden ser valiosos, para dar un margen de tiempo importante a otras terapias y mejorar la calidad de vida.

8.2. Crisis convulsivas.

Secundarias a un tumor cerebral, generalmente supratentorial o metastásico, a un absceso cerebral, meningitis, etc. Pueden ser generalizadas o focales. Las crisis deben de ser controladas lo más rápidamente posible, ya que son muy desagradables para el paciente y su familia

Clasificación:

- Simple.
- Parcial.
- Tónico clónicas.

Tratamiento y cuidados del personal de enfermería.

- Primero colocar al paciente en un lugar y en una posición que evitemos la autolesión.
- Mantener la vía aérea permeable.
- Tranquilizar a la familia.
- Pauta de antiepilépticos. De forma profiláctica o tratamiento continuado.

Tipos:

- Carbamacepina: 100-200 mg. tres veces al día.
- Difenilhidantoina: 100 mg. cada 8 horas.
- Fenobarbital: 200 mg. día.
- Pauta de dexametasona según prescripción médica.

Si ocurre que del ataque pasamos a un Status epiléptico, se utiliza diazepam 10 mg. Intravenoso o vía rectal (Stesolid 10[®]). Si no cede, se puede repetir esta dosis en un total de cuatro veces a lo largo de 30 minutos. Con la administración de una ampolla de fenobarbital 200 mg. vía intramuscular.

8.3. Espasmos y calambres musculares.

Los espasmos musculares son dolorosos y una queja muy común en estos pacientes. Se deben a las acciones potencialmente lesivas para los nervios, plexos y músculos del tratamiento quimioterápico, en especial los que llevan vincristina y cisplatino. Por tratamientos quirúrgicos, hormonoterapia y efectos de la radioterapia.

Causas.

- Lesiones en le S.N.C.: ictus, metástasis, déficit de vitamina B12.
- Secundarios a dolor óseo y fracturas.
- Tetanias.
- Fármacos: diuréticos, fenotiazinas, cimetidina...
- Desarreglos metabólicos: deshidratación y desequilibrio del calcio y magnesio.
- Síndrome de piernas intranquilas que se acompañan con calambres nocturnos y de esfuerzo.

Tratamiento y cuidados del personal de enfermería.

- Es posible reducir los espasmos y calambres en aquellas causas que sean reversibles.

- Sustituyendo la quimioterapia si es posible, por otra menos neurotóxica.
- Reposo, movimientos pasivos de los miembros.
- Tablas de ejercicios adecuados y programados.
- Estiramientos musculares.
- Fármacos:
 - En la espasticidad por daño medular o ictus.
 - Diazepam: 2-5 mg. cada 8 horas.
 - Clorazepam: 0,5-2 mg. cada 8 horas.
 - Baclofen: 5-30 mg. cada 8 horas.
 - En neuropatías, con agentes estabilizadores de membrana.
 - Carbapentina: 300 mg. cada 8 horas.
 - En el síndrome de pierna intranquila.
 - Morfina de liberación retardada: 30 mg. cada 12 horas.

8.4. Metástasis del sistema nervioso central.

Tipos.

- Intracraneales.
- Medulares-compresión epidural.
- Leptomeningeas.
- Nervios craneales o periféricos, plexos o raíces.

Sintomatología: cefaleas, náuseas, vómitos, letargia, pérdida de sensibilidad y movilidad.

Tratamiento.

- Con dexametasona.
- Anticonvulsivantes.
- Radioterapia, si procede.
- Cirugía, solo en pacientes con buen estado general y M. accesibles.

8.5. Síndrome de compresión medular.

Aparece como consecuencia de un tumor primario óseo o por metástasis óseas. Estas tienden a comprimir la médula espinal, a través de una invasión directa del cuerpo vertebral, es un síntoma tardío del cáncer. Los pacientes afectados pasan antes por una fase prodrómica de varias semanas: aparece hipersensibilidad a la percusión en el cuerpo vertebral, dolor lumbar severo, debilidad, cambios sensitivos, cambios en los esfínteres, hasta llegar a una paraplejia, parcial o completa. Por lo tanto, se debe de realizar un diagnóstico temprano para que las consecuencias sean las mínimas, mediante RX. TAC. y RMN.

Una vez diagnosticado no demorar más de 12 horas el tratamiento.

Tratamiento:

- Radioterapia paliativa si procede.
- Dexametasona a altas dosis.
- Cirugía de descompresión si procede.

8.6. Encefalopatía metabólica.

Se define como los cambios conductuales que proviene de un metabolismo cerebral alterado a causa de una enfermedad sistémica. Empieza de una forma aguda y se produce un cuadro clínico en el que predomina la confusión, errores de pensamiento, cambios conductuales, trastornos de conciencia y de actividad motora.

Puede ser reversible si la anomalía sistémica se puede tratar con éxito. Antes de instaurarse los pacientes manifiestan intranquilidad, labilidad emocional, temerosos, insomnio, pesadillas, somnolencia... Seguidamente presentan asterixis, mioclonias, y conforme van empeorando la somnolencia se va haciendo más intensa, llegando al estupor y por último al coma.

Para su diagnóstico se realizan analíticas de gases en sangre, bioquímica completa, niveles de narcóticos, hidroelectrolitos, función hepática y pancreática.

Tratamiento y cuidados del personal de enfermería.

- Intentar normalizar la anomalía metabólica.
- Administrar oxígeno.
- Control de hidroelectrolitos.
- Control de bioquímica.
- Si aparece agitación: 5 mg. de Diacepam.
- Si la encefalopatía es por fallo hepático, intentar reducir los niveles de bilirrubina mediante una eliminación regular y la utilización de resinas aniónicas (Efenso[®]).
- Ambiente tranquilo y seguro para el paciente.
- Informar a la familia en todo momento.

9. SÍNTOMAS NEUROPSICOLÓGICOS.

En la fase terminal de la enfermedad además del deterioro físico que se produce, se va afectando progresivamente el sistema nervioso central. Se originan perturbaciones, tanto cognitivas como emocionales, que repercuten de forma importante en la calidad de vida del paciente y de su familia. Las más relevantes y estudiadas son el delirium, el insomnio y la astenia. Todos ellos repercuten en la

capacidad del individuo y sus funciones. En la entrevista es la base principal para la evaluación del estado mental del paciente. Con una mínima entrevista estructurada y técnica se pueden detectar muchos de los posibles trastorno neuropsicológicos.

9.1. Ansiedad.

Se define como la aprehensión en ausencia de un peligro concreto, causa una sensación de malestar. Difiere del temor en que no siempre va dirigida a un objeto. Las manifestaciones más frecuentes son: inquietud, tensión, insomnio, fatiga, dificultad para mantener la atención, preocupación excesiva, sudoración en la palmas de las manos, sequedad de boca, diarrea, bloqueo de memoria, pesadillas...

Las causas de ansiedad pueden ser múltiples en los enfermos paliativos, se pueden clasificar en:

Factores orgánicos. Surge de complicaciones médicas en la enfermedad o el tratamiento. Por ejemplo; una hemorragia, una hipoglucemia, dolor intenso, disnea...

Factores psicológicos. La ansiedad aparece cuando se duda de la eficacia de los tratamientos, cuando se está limitado, cuando hay una pérdida de un compañero de cama, la contemplación de una muerte cercana...

Un trastorno psiquiátrico primario. Puede ser un síntoma en un ataque de pánico, un trastorno de adaptación, una fobia, depresión...

Es fundamental identificar el origen del cuadro ansioso para realizar un diagnóstico adecuado, y así utilizar el tratamiento indicado. Con frecuencia se detectan varias causas. Una evaluación del nivel subjetivo de angustia y sufrimiento que produce la ansiedad, así como impacto sobre su comportamiento del paciente, proporcionan información acerca del tipo de tratamiento que se debe de administrar.

Tratamiento y cuidados del personal de enfermería.

- Psicoterapia.
- Técnicas de relajación.
- Utilización de benzodiazepinas durante el día.

9.2. Depresión.

Es la respuesta común ante el conocimiento de padecer una enfermedad incurable. Erróneamente sólo tratamos la depresión en individuos sanos, y nos olvidamos de los paliativos y de los terminales, cayendo en el tópico de que están deprimidos por su enfermedad.

La depresión es de difícil diagnóstico en la población terminal ya que muchos de sus síntomas neurovegetativos son difíciles de interpretar. Los síntomas de la depresión se pueden agrupar en:

Síntomas psicológicos: ansiedad, tristeza, desesperanza, pérdida de interés y placer, sentimiento de culpabilidad, falta de concentración...

Síntomas somáticos: insomnio, anorexia, fatiga, retardo psicomotor, estreñimiento, pérdida de la libido...

En muchos casos el cuadro depresivo surge o se empeora cuando el paciente tiene percepción del empeoramiento de su estado.

El tratamiento de la depresión requiere en primer lugar la identificación de los factores causantes, y en segundo lugar el uso de técnicas psicológicas tales como psicoterapias de apoyo, dirigidas a explorar el significado que tiene la enfermedad, la vida y la muerte. También se pueden utilizar terapias cognitivo-conductuales. Y tratamiento farmacológico con antidepresivos.

9.3. Delirium.

Se define como un estado confusional agudo que resulta de una disfunción orgánica cerebral difusa. Es el más difícil de diagnosticar, complicado de tratar y deteriora gravemente el bienestar del paciente y su familia. Impide que el paciente tome sus propias decisiones e interfiere en su cuidado.

Un abordaje rápido y un tratamiento adecuado pueden hacer que revierta de esta situación extrema.

El síndrome delirium engloba a una encefalopatía, síndrome confusional agudo y a un fallo cognitivo. De acuerdo con DSM-IV-TR el término delirium se diagnostica:

- Si existe un trastorno a nivel de conciencia y de atención.
- Una alteración de conocimiento y percepción.
- Se inicia de forma brusca.
- Y evoluciona en el tiempo de forma fluctuante.

Criterios de diagnóstico según DSM-IV-TR:

- Alteración de la conciencia con reducción de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.
- Cambios de las funciones cognitivas o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por una demencia previa o en desarrollo.
- La alteración se presenta en un corto plazo (horas o días) y fluctúa a lo largo del día.
- Demostrar mediante las pruebas diagnósticas e historia clínica que el delirium tiene más de una etiología.

Se ha considerado como una respuesta inespecífica y estereotipada del cerebro a diferentes agresiones que se le pueden presentar, en pacientes, sin previas alteraciones cerebrales. Puede deberse a un problema orgánico, como un tumor cerebral o metástasis cerebrales. Puede aparecer en pacientes con edad avanzada. Por influencia de las citoquinas como en interferón y la interleukinas.

Etiología:

- Utilización de ciertos fármacos como:
 - Opioides, anticolinérgicos, esteroides y fármacos psicoactivos.
 - Utilización de ciertos quimioterápicos: metrotexate, ifosfamida, cisplatino, fluoruracilo...
- Desequilibrios metabólicos:
 - Deshidratación.
 - Hipercalcemia.
 - Hipoglucemias.
 - Hiper e hiponatremias.
 - Encefalopatía hepática.
- Causas hematológicas:
 - Anemia.
 - Coagulación intravascular diseminada.
- Causas infecciosas en el sistema nervioso.

Clínica.

Es diferente de unos enfermos a otros. Puede ser leve e inapreciable, caracterizado con intranquilidad, desazón, dificultad para conciliar el sueño, lentitud de pensamientos...

En cuadros severos aparecen alucinaciones, ilusiones, percepciones anormales, fallo cognitivo, etc. A lo largo del día va empeorando, a medida que se acerca la noche. Los enfermos tienden a levantarse continuamente, quitarse la ropa, confusión temporoespacial, a tirarse de las sondas y sueros, quejarse continuamente, decir su nombre u otro continuamente, etc.

También pueden ser delirium hipoactivos, que se caracterizan por estar dormidos continuamente, quietos, incapaces de mantener la atención. Su aparición es menos frecuente.

Tratamiento y cuidados del personal de enfermería.

- Realizar una buena exploración del paciente y realizar un diagnóstico correctamente: si tiene fiebre, desequilibrio metabólico, impactación fecal, retención urinaria, deshidratación, etc.
- Buscar el origen o identificar la causa que lo produce.
- Primeramente debemos realizar una revisión de los fármacos que el paciente está tomando ya que puede ser que alguno o la dosis administrada, desencadene el delirio. Puede haber fármacos que al subir la dosis lo desencadene, por ejemplo la morfina. Con una reducción de la dosis o una rotación de opioides puede revertir la situación, ya que sus metabolitos son hidrosolubles y tienden a acumularse.

Otro ejemplo cuando el paciente está deshidratado y empieza con la sintomatología del delirium, se hidrata correctamente y revierte a su estado normal.

- Tratamiento farmacológico: el objetivo principal es la sedación del paciente. El fármaco idóneo y más eficaz es el haloperidol, un neuroléptico poco sedante y que reduce la agitación. La dosis adecuada varía según la situación del delirium, 20 mg. repartidos en 24 h. Presenta muy pocos efectos secundarios y se puede combinar perfectamente con los opioides del tratamiento. Para el delirium intenso, muy agitado se pueden utilizar neurolépticos más sedantes como la Levomepromacina (Sinogan®) o la Clorpromacina (Largactil®). Otro fármaco que se está utilizando en la actualidad con unos resultados estupendos es la Risperidona: 1,5 mg. a 2,5 mg. cada 12 h. Si con estos fármacos anteriores a dosis adecuadas el delirium no revierte, se pueden añadir unas benzodiacepinas de tipo Lorazepan. Y si no es suficiente, se tendrá que barajar la posibilidad de utilizar sedantes más fuertes y anestésicos. Una vez que se ha agotado la eficacia de los neurolépticos, está indicada una sedación profunda, que puede ser temporal o definitiva, dependiendo del estado general del paciente y su reacción al tratamiento. Para esto se utilizan las benzodiacepinas, la más utilizada por sus características (acción rápida) Midazolam: 5 mg. cada 6 horas, vía subcutánea. Y si no es efectiva la sedación se pasaría a fármacos anestésicos como el fenobarbital.

Tratamiento no farmacológico y cuidados de enfermería.

- Primeramente tener un buen cuidado general del paciente.
- Intervenciones sobre la conducta del enfermo:
 - Hacerle las preguntas sencillas.
 - Proporcionarle seguridad, y reorientarlo con mucho tacto y sencillez.
 - Estimular al enfermo a que realice tareas sencillas y cotidianas, que sean asequibles.
 - No exigirle en demasía y tener una relación empática.
 - Prestarle atención a sus miedos, alucinaciones, angustias, y corregirlos en los que se pueda.
 - Orientarle en el tiempo y en el espacio.
 - Hablar de hechos cotidianos y cercanos al paciente.
- Medidas ambientales:
 - Ambiente seguro confortable y tranquilo.
 - Que le lleguen pocos estímulos, y los que reciba sean sencillos y ordenados.
 - Mantener siempre el contacto físico.
 - Siempre que tenga un familiar cerca de él, que sea de su agrado.
 - Limitar las visitas.

- Emplear tonos de voz suaves.
- Evitar conversaciones simultáneas.
- No cambiar la cama de posición en el intento de proteger al paciente.

9.4. Insomnio.

Ausencia de sueño.

El sueño es un factor esencial para el bienestar y la calidad de vida tanto de las personas sanas como enfermas. Incluso ayuda a solucionar otros problemas como el control del dolor. Por el contrario, el insomnio puede ser el origen de otros síntomas y empeora procesos subyacentes.

Etiología.

En Cuidados paliativos el insomnio y los trastornos del sueño en la mayoría de las ocasiones tienen una etiología multifactorial. Se pueden agrupar en:

- Factores predisponentes:
 - Historia personal, ansiedad, depresión, edad avanzada, facilidad para despertarse, etc.
- Factores desencadenantes.
- El estar enfermo de cáncer.
- Fármacos: corticoides, psicoestimulantes, antidepresivos...
- Dolor.
- Delirium.
- Estreñimiento.
- Tos.
- Factores que mantienen el problema, pacientes que cambian el ciclo de sueño, o duermen de forma discontinua y poco reparadora.
- Clasificación de los trastornos del sueño.
 - Trastornos para iniciar o mantener el sueño.
 - Trastornos del ciclo sueño-vigilia.
 - Trastornos de somnolencia excesiva.

Tratamiento

Debido al carácter multifactorial de la etiología no existe un plan de tratamiento estándar. Identificar y tratar los factores físicos y psicológicos subyacentes que puedan contribuir al insomnio.

- Tratamiento farmacológico:
 - Benzodiacepinas.
 - Zolpiden.

- Neurolépticos.
- Antidepresivos.
- Barbitúricos.
- Tratamiento no farmacológico:
 - Educación en la higiene del sueño.
 - Horario regular para levantarse, independientemente de las horas de descanso.
 - No dormir durante el día. Reduciendo las siestas al mínimo.
 - No permanecer en la cama durante el día si es posible.
 - Mantener el dormitorio con un ambiente confortable.
 - Cambios posturales y masajes.
 - Dieta adecuada.
 - Ejercicio físico adaptado al paciente.
 - Control de estimulantes.
 - Técnicas de relajación.

9.5. Astenia.

Las enfermedades durante su curso conllevan dos tipos de problemas; los síntomas físicos, activos y las limitaciones que estas imponen de manera pasiva: Incapacidad para realizar las tareas de la vida cotidiana, dependencia, dificultad para la relación, etc. La astenia se encuadra dentro de estos problemas o secuelas de la enfermedad. Es un síntoma con mayor prevalencia dentro de los pacientes oncológicos. Además es la gran ignorada a lo largo del transcurso de la enfermedad. Debido a que es muy inespecífica y difícil de tratar. Incapacita para seguir realizando las tareas cotidianas del día a día.

Astenia se define como; falta o decaimiento de las fuerzas, caracterizada por apatía, fatiga física y ausencia de iniciativa. Es fatiga previa al esfuerzo, falta de voluntad propia para sacar adelante cualquier tarea, tanto física como psíquica.

Cansancio se define como; falta de fuerzas después de haberse fatigado, es una situación que se da tras un esfuerzo físico o psíquico. Es algo que se siente.

Debilidad se define como; falta de vigor o fuerza física, limita la capacidad física por debajo de un límite y no se es capaz de realizar ninguna tarea física.

Fatiga se define como; agitación duradera, cansancio por un trabajo intenso y prolongado. Conlleva una penalidad y sufrimiento.

Etiología.

Las posibles vías por las que se produce aún no se conocen con exactitud y la fisiopatología se mueve dentro de varias hipótesis. Una de ellas demuestra que la presencia de citoquinas liberadas por el propio tumor, impiden una buena actividad

del aparato muscular y un adecuado funcionamiento del sistema nervioso. Ya que cuando se trata el tumor, se reduce su tamaño y actividad, la astenia es menos intensa.

La debilidad en general en pacientes oncológicos se debe de entender desde un punto de vista multifactorial:

- Ansiedad y depresión.
- El ritmo sueño-vigilia.
- Fármacos psicotropos.
- Patología cardíaca.
- Infecciones.
- Alteraciones endocrinas.
- Desequilibrios metabólicos e hidroelectrolíticos.

Criterios para el diagnóstico.

Diagnosticar este síntoma es muy subjetivo, tienen que aparecer varias situaciones de las que a continuación se exponen:

Fatiga severa.

- Se tiene que quejar de debilidad generalizada.
- Disminución de la concentración.
- Falta de interés o motivación.
- Insomnio o hipersomnía.
- Tristeza, frustración, irritabilidad.
- Pérdida de memoria a corto plazo.
- Cansancio severo, que dura muchas horas después de realizar una tarea sencilla.
- Dificultad para completar las actividades de la vida diaria como el peinarse, comer...

Tratamiento.

- Como la astenia tiene un origen multifactorial es complicado tratar cada una de las causas que la originan.
- Tratamiento oncológico, una vez que se trata con quimioterapia y el volumen de la masa tumoral se reduce se reduce también la intensidad de la astenia.
- Tratamiento de los problemas físicos intercurrentes, realizar un plan terapéutico conjunto.
- Tratamiento de patología neuropsicológicas, por ejemplo tratar la depresión.
- Se recomienda realizar ejercicio físico adecuado al estado del paciente, varias veces al día.
- Rehabilitación psicológica, con técnicas de soporte y adecuación del ritmo vigilia-sueño.

- Tratamiento farmacológico:
No existe un tratamiento ideal, se deben de conjugar varias de las opciones terapéuticas, con el único fin de mejorar la autonomía del paciente y a su vez proporcionarle calidad de vida.
- Corticoides: tienen un efecto central que se describe como euforizante. Reduce la sensación subjetiva de astenia. Su efecto es limitado en el tiempo.
- Prostaglandinas: acetato de megestrol a altas dosis. No se conoce muy bien el mecanismo de actuación, pero va prescrito para la malnutrición.
- Psicoestimulantes: el Metilfenidato, funciona en pacientes afectados de VIH.

10. LINFEDEMA NEOPLÁSICO.

Se define como el edema ocasionado por el acumulo de líquido tisular o linfa, en los espacios intersticiales, debido a un drenaje insuficiente del sistema linfático. Afecta a piel y tejido subcutáneo. Se debe a una obstrucción parcial o total de la circulación linfática; o a una insuficiencia valvular de los colectores linfáticos, que provoca un reflujo e impide la absorción a nivel intersticial.

Como consecuencia de esta presión intersticial, se producen dos situaciones:

Se pueden crear nuevos vasos linfáticos, que intentan drenar a otras zonas sanas o al sistema circulatorio venoso, como son:

- Una anastomosis linfovenosa, que es más frecuente en los linfedemas por obstrucción, el caso de los linfedemas neoplásicos.
- Principalmente los linfedemas se localizan en extremidades y en el área pélvica, genitales. Pueden ser uni o bilaterales, uniformes o desiguales, ya que el volumen que se retiene es variable. El miembro afectado puede adquirir un tamaño exagerado, con una consistencia dura, se pasa de linfedema a elefantiasis.

Como en el linfedema hay un acumulo de linfa y proteínas, es un caldo de cultivo idóneo para las infecciones. Si estas persisten en el tiempo, se empieza a crear un tejido fibroso, (donde antes era edematoso), con lo cual aparecen serias complicaciones, como tromboflebitis profundas, desarrollo de lesiones tróficas y ulcerativas imposibles de curar.

- Etapas del linfedema:

- Inicial: edema elástico y poca bobeo. No existe todavía una obstrucción completa de los túbulos linfáticos. Se aumenta de tamaño con el ejercicio y el aumento de la temperatura. Disminuye con el reposo y elevación del miembro.
- Media: progresa en intensidad y en extensión. Desde la raíz del miembro hasta los dedos. No se reduce con el reposo, ni con la elevación del

miembro. Este es indoloro pero tiene una sensación de pesadez desagradable y de tensión. Pueden aparecer fístemas que al romperse se complican en fístulas linfáticas.

- Final: el linfedema se convierte en edema fibroso, afecta a piel y tejido subcutáneo, y pasa a llamarse fibredema. La piel presenta hiperqueratosis, no cede con la elevación, aparece la elefantiasis y linforragias intensas.

-Tipos de linfedemas:

- Primarios o idiomáticos: son de carácter congénito.
- Secundarios: el sistema linfático ha sido dañado por una enfermedad conocida y diagnosticada.

- Existen varios subtipos:

- Obstructivo: bloqueo de la circulación y de los colectores linfáticos por metástasis ganglionares.
- Post-quirúrgicos: como consecuencia del vaciado ganglionar o por intervenciones en la zona inguinal, que afecta el retorno de la circulación.
- Inflamatorios: debido a la inflamación de los vasos y ganglios linfáticos, por una infección local (micosis, úlceras, intervenciones...).
- Post-flebítico: como consecuencia a largo plazo de una trombosis venosa profunda.
- Post-linfagítico: debido a procesos recurrentes de linfagitis que deterioran y acaban con los colectores linfáticos.

Complicaciones.

- La más frecuente es la linfagitis.
- Linforragias.
- Degeneración maligna.
- Amputación del miembro.

Tratamiento.

Dos tipos de tratamiento, el conservador que se utiliza un 90% de los casos y el tratamiento quirúrgico.

Tratamiento conservador:

El objetivo principal es la reducción del linfedema, evitar llegar a la elefantiasis. Evitar las recidivas, y que las secuelas sean las mínimas posibles.

- Primero informar al paciente y cuidadores para conseguir una buena comunicación entre equipo y familia para el posterior desarrollo del tratamiento. Se procurará estimular al paciente para que desde un principio

sea autosuficiente en el manejo diario del miembro edematizado. La reducción de un miembro pesado, doloroso, desfigurante, casi siempre mejora su moral.

- Lavado y secado exhaustivo de la zona. Mantener el miembro afectado seco el mayor tiempo posible, cambiando la compresa o vendajes las veces que sean necesarias.
- Hidratar la piel con cremas oleosa y evitar los alcoholes.
- Prevenir las infecciones locales de la zona. Evitar arañazos y cortes en la piel.
- No utilizar técnicas agresivas en los miembros afectados: intramusculares, extracción de muestras de sangre, toma de la tensión arterial, etc.
- Se desaconsejan los cambios bruscos de temperatura.
- Se aconsejan los ejercicios físicos moderados, de baja intensidad y continuados en el tiempo. Para mantener la amplitud de movimiento, mantener el tono muscular y favorecer la circulación sanguínea y linfática. Se confeccionarán tablas de ejercicios diarios.
- Medidas compresivas.

Están indicadas siempre y cuando no estemos en una situación de fibrosis. Favorecen la difusión del contenido intersticial hacia los vasos linfáticos.

Se obtiene una reducción del edema y se limita el estancamiento, debido a la presión ejercida sobre la piel y el tejido subcutáneo. También se favorece el retorno venoso y la acción muscular del miembro. Se utiliza para la compresión:

- Vendajes compresivos:

Con vendas elásticas de 10 cm. de ancho.

Se realiza un vendaje que comienza en la parte más distal hasta la raíz del miembro afectado.

La presión que se ejerza con el vendaje ha de ser suave para no colapsar a los colectores linfáticos. Se debe de cambiar el vendaje cada vez que este húmedo o cada 48 horas, para valorar complicaciones circulatorias o de piel.

Cada vez que se cambia el vendaje se ejerce de nuevo presión sobre el miembro y sobre un linfedema de menor tamaño.

- Compresión neumática intermitente. Con una estructura neumática que engloba a la extremidad afectada, modela el contorno y ejerce una presión uniforme. Se utiliza preferentemente en el linfedema severo.

- Masaje y drenaje linfático.

No es un masaje normal, consiste en la realización de una serie de movimientos sobre la piel. Éstos van dirigidos en una única dirección y con una presión determinada. El objetivo es favorecer el retorno de los excesos de linfa a los conductos linfáticos y activar la circulación linfática.

Debe de ser un masaje suave y firme, que dure aproximadamente entre 20 y 30 minutos. Sin llegar a enrojecer la piel, ni aumentar su temperatura. Para su aplicación no se recomiendan productos oleosos.

El inicio del masaje se debe empezar por la raíz del miembro para descongestionar primero los conductos y colectores linfáticos principales. Seguidamente nos iremos a la zona más distal y comenzamos a masajear, ascendiendo a la proximal lentamente. Una vez que hemos dado este primer masaje lo volveremos a repetir sucesivamente.

Trascurrido el tiempo y el masaje de drenaje se recomiendan el vendaje compresivo para mayor efectividad.

- Se debe de tener en cuenta la dieta que se realice:
 - Baja en proteínas (si está indicado).
 - Pobre en sal.
 - Realizar regimenes de adelgazamiento si se puede.
 - Utilización de diuréticos según balance y control de pérdidas.
 - Evitar prendas que opriman a la piel y dificulten el retorno.

Tratamiento quirúrgico:

- Técnicas excisionales. Consiste en la extirpación compleja del tejido subcutáneo. Los resultados no son muy satisfactorios, son técnicas muy radicales.
- Restauración fisiológica. Consiste en una reconstrucción microlinfática, sólo es viable en aquellos casos en que los miembros no han llegado a la elefantiasis.

11. CUIDADOS EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN Y TUMORALES.

El cuidado de la piel es uno de los muchos aspectos que se deben de valorar en el enfermo con cáncer avanzado porque puede comprometer significativamente su calidad de vida.

En un enfermo de cáncer se producen las siguientes alteraciones en la piel: adelgazamiento, pérdida de elasticidad y resistencia, deshidratación, trastornos en la pigmentación, etcétera. Agravados por la caquexia, malnutrición, anemia, alteraciones circulatorias, etc. Por lo tanto, un cuidado exhaustivo de la piel es fundamental para mantener su integridad.

11.1. Úlceras por presión.

Se definen así a las lesiones originadas en la piel y tejidos subyacentes, se producen por una presión anormal y sostenida en el tiempo, sobre la piel y los planos óseos.

Esta presión, es externa, prolongada y constante, entre una prominencia ósea y un plano duro. Por lo que se origina una isquemia en la membrana capilar, que a su vez, se produce una vasodilatación, una extravasación de líquidos e infiltración celular. Si la presión no cesa, se complica la zona afectada con una isquemia local intensa de los tejidos subyacentes, trombosis venosa y alteraciones degenerativas. Que

desembocan en una necrosis, por lo tanto a una ulceración de la zona. Este proceso se puede prolongar, con la consiguiente progresión, hasta alcanzar planos más profundos, destrucción del músculo, aponeurosis, vasos, nervios e incluso huesos.

Afecta al 10% de todos los pacientes hospitalizados y a un 25% de los pacientes geriátricos hospitalizados.

Clasificación.

- Estadio 0: epidermis intacta, eritema que desaparece cuando se alivia la presión.
- Estadio 1: epidermis intacta, adherente y presencia de edema o eritema. La presencia de éste es de unos 15 mm. de diámetro. Aumento del calor en la zona.
- Estadio 2: aparece una equimosis, cardenal o ampolla en el tejido. Coloración oscura en la piel de unos 5 cm. de diámetro.
- Estadio 3: úlcera superficial abierta, posibles lesiones de la dermis e hipodermis. Sin coloración oscura y mayor de 5 cm.
- Estadio 4: úlcera profunda, puede haber exposición a vísceras, tendones o huesos.

Localización.

- Decúbito dorsal: talones, sacro, codos, omóplato.
- Decúbito lateral: maleolos, condilos, trocantes, costillas, acromión y oreja.
- Decúbito prono: dedos, rodillas, genitales masculinos, mamas en mujer, acromión, mejilla y oreja.

Tratamiento.

En el tratamiento efectivo de las úlceras por presión se deben de implicar al paciente, sus familiares y enfermería, todos ellos formarán un equipo. Se planificará y se desarrollará un plan organizado de cuidados, tanto para prevenir como para tratar las úlceras por presión.

Prevención de las úlceras por presión.

- Se realiza una valoración completa del paciente.
- Se detectan los factores de riesgo y se monitorizan.
- Se instaura un protocolo de prevención.
- Cuidados higiénicos:
 - Utilizar jabones neutros.
 - Secar bien la piel.
 - Hidratar la piel con cremas y aceites específicos.

- En enfermos incontinentes utilizar pañales o cateterismos vesicales, esmerándonos en el cuidado e higiene de la zona.
- Ventilar y recibir luz solar directa en las zonas comprimidas de la piel.
- No utilizar prendas que compriman, ni colonias o alcohol sobre la piel.
- La cama debe de estar libre de arrugas y con colchón antiescaras: de látex o de aire.
- Realizar cambios posturales:
 - Aproximadamente cada dos 2 h. durante el día y cada 3 a 4 h. durante la noche.
 - Se sigue una rotación determinada y ordenada. No debemos de arrastrar al enfermo.
 - Animar al paciente a movilizarlo, si la situación lo permite.
- Fisioterapia y rehabilitación.
- Nutrición:
 - Es muy importante que el paciente tenga una dieta adecuada y equilibrada, rica en proteínas y vitaminas. Indispensable para recuperación de las úlceras.

Tratamiento.

Una vez que se ha producido la úlcera debemos tratarla precozmente para evitar su avance en el tejido. Se realiza una valoración del paciente y se instaura un plan de cuidados. Como anteriormente he reflejado incluimos:

- Una alimentación adecuada, rica en proteínas y vitaminas.
- No debemos de olvidar el tratamiento médico correcto de la enfermedad de base, que predispone a la ulceración.
- Cambios posturales, utilización de colchones antiescaras. Es importante eliminar la presión, ya que ésta, mantenida sobre los tejidos, aumenta y multiplica el daño tisular.
- Los cuidados directos sobre las úlceras incluye:
 1. Desbridamiento:

Los tejidos desvitalizados y húmedos son sustrato de proliferación de microorganismos. Por lo tanto, debemos retirarlo y favorecer la acción de los tejidos reparadores. Se realiza mediante corte mecánico o acción de sustancias enzimáticas.
 2. Limpieza de la lesión.

Una vez que se han eliminado los tejidos necróticos se limpia la úlcera mediante:

 - Irrigación con suero fisiológico.
 - Antisépticos tópicos:
 - Clorhexidina al 0,05 %.
 - Povidona yodada.

3. Aplicación de apósitos.

Las úlceras requieren apósitos para mantener su integridad fisiológica. Cuya finalidad es proteger la herida físicamente. Mantenerla caliente y húmeda. Eliminar exudado y tejido necrótico. Facilitar la cicatrización. Y reducir la probabilidad de infección.

- Tipos de apósitos:

- Láminas de poliuretano.
- Poliuretano en espuma.
- Hidrogeles.
- Alginato cálcico.
- Hidrocoloides.

4. Cirugía.

- Cierre directo.
- Injertos de piel.

- Factores que retrasan la curación:

- Hipoxia tisular.
- Necrosis superficial.
- Cuidado inadecuado.
- Infecciones.
- Deterioro progresivo del paciente.
- Malnutrición.

11.2. Úlceras tumorales.

Se definen como fisuras en la piel producidas por infiltración cancerosa. Estas infiltraciones pueden ser primarias, secundarias o derivarse de una extensión cutánea de un cáncer adyacente. Por ejemplo; el cáncer de mama es el proceso maligno más proclive a producir lesiones abiertas o vegetantes.

Son lesiones que no tienen cura, sólo se realiza un tratamiento paliativo.

Tratamiento.

El objetivo principal del tratamiento es prevenir la sobreinfección y el mal olor. Por culpa de este se puede producir un aislamiento del paciente y un abandono social.

- Limpiar regularmente la úlcera con suero fisiológico y con una solución de povidona yodada.
- Desbridar con mucho cuidado el tejido necrótico, sin profundizar demasiado, sin despertar el dolor y evitar la hemorragia, teniendo en cuenta la vascularización de la masa tumoral.
- Prevenir la infección. Valorar signos de infección y tratar con antibióticos tópicos o sistémicos.

- Controlar el sangrado, si existe, a través de soluciones hemostáticas, o presionando la zona con gasas.
- Realizar un vendaje apropiado. Que respire y no se macere la piel colindante a la tumoración. Que se intente realizar un vendaje estético. Se debe de cambiar los vendajes las veces que sean necesarias, de esta manera prevenimos la infección, el mal olor y la maceración de la piel.
- Tratar el mal olor. Utilizaremos metronidazol tópico u oral.
- Prevenir el mal olor:
Cuando aparece un olor fuerte y desagradable es indicativo de la presencia de infección, casi siempre por bacterias anaeróbicas. Por lo tanto, está indicado el tratamiento sistémico con metronidazol de 250 mg. cada 8 h. o el tinidazol 1g. al día. Además se recomienda poner sobre la úlcera peróxido de benzoilo al 10–20%. Se intentará paliar en lo que se pueda el mal olor y de esta manera se le proporcionará calidad de vida al paciente y a su familia.
- Aliviar el dolor. Que las curas no sean dolorosas, con analgésicos sistémicos, tomando una dosis previa a las curas, e incluso si lo necesita otra después. Para aliviar el dolor a nivel local se puede empapar una gasa con Lidocaína al 4% o bupivacaina al 0,5%. O bien aplicar una dilución de lidocaina al 0,1% sobre la masa tumoral.
- Cuidar los aspectos psicológicos y sociales. Estas lesiones son muy desfigurantes, molestas y tienden a aislar al paciente.
- Utilizar si está indicado la R.T., en una dosis de 8 Gy. Se reduce el edema y las secreciones del carcinoma.

12. ALIMENTACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS.

12.1. Introducción.

La medicina paliativa trata de recuperar el arte básico de cuidar a las personas que sufren, y en especial, en aquellas situaciones en las que el sufrimiento es intenso y afecta a todas las esferas de la persona.

La recuperación de la filosofía del cuidado permite evitar el abandono de las personas que necesitan en gran medida una atención de calidad, y en esto las unidades de cuidados paliativos tienen un gran papel.

Los cuidados paliativos son una asistencia globalizada destinada a mantener o mejorar las condiciones de vida de los pacientes cuyas enfermedades no responden por más tiempo a un tratamiento curativo. Debemos conseguir que estos enfermos vivan con plenitud y confortabilidad sus últimos meses de vida y tengan una buena muerte.

La enfermedad en fase terminal presenta una sintomatología muy compleja, cuyo **tratamiento** debe de ser **individualizado** y asistido por un equipo multiprofesional:

Unidades de cuidados paliativos (un médico, enfermera y psicólogo), los equipos de atención primaria, atención especializada y la familia, y todos ellos **coordinados** entre sí.

El objetivo de este documento es el de agrupar los conocimientos básicos sobre la alimentación en el enfermo en situación avanzada y terminal. Entendiendo que, este tipo de pacientes deben ser incluidos dentro de un amplio contexto de **atención globalizada**. Pensemos que nuestro objetivo es el de cubrir las necesidades del enfermo terminal, siendo la alimentación una de ellas, que a continuación se desarrollará.

12.2. La necesidad de alimentación.

El objetivo es proporcionar placer al enfermo y no el de suministrar una nutrición adecuada para recuperar el tiempo perdido.

La enfermería desempeña un papel muy importante en los cuidados paliativos, se trabaja en la obtención de la mayor **comodidad** del paciente, una vez que se ha evaluado la deficiencia del autocuidado (ocasionado por la enfermedad), su tratamiento y la reacción del paciente ante estos problemas. Las metas de la enfermería serán las de **promover la mayor independencia** del paciente y cuando esto no sea posible procurar que éste, **se adapte** de la mejor de las maneras a las limitaciones que la enfermedad va ocasionando.

La enfermería puede encontrar los siguientes campos de actuación:

1. Promover y aconsejar en todos los aspectos del cuidado de enfermería.
2. Conseguir la mayor comodidad del paciente.
3. Cooperar y educar a la familia sobre: la alimentación, cuidados higiénicos, medicación, cambios posturales...
4. Interrelacionarse y cooperar con otros profesionales, (equipo multidisciplinar).
5. Prevenir las complicaciones.
6. Continuidad de los cuidados.
7. Preparar a los pacientes para la administración hospitalaria.
8. Conseguir equipos y elementos de enfermería necesarios en casa del enfermo.
9. Desarrollo de una buena comunicación y establecer una relación empática con el paciente.
10. Valoración del enfermo, historia de enfermería y registro.

12.3. La familia.

En nuestra sociedad, la comida además del componente nutricional lleva asociado un fuerte simbolismo **“el comer y el mantener el peso de una persona se asocia a**

buena salud,” y se consideran esenciales para el bienestar de todos los pacientes y familiares.

La comida es un medio muy especial para dar vida, expresar afecto y cuidar al ser querido. Por todo ello, los familiares precisan mucho apoyo y comprensión para aceptar que, la muerte es el resultado inevitable de la vida y sobrellevar este problema sin obligar al paciente a que coma cuando no lo desea, hecho que le puede resultar frustrante y descorazonador.

Los profesionales debemos proporcionar consejos para confeccionar dietas equilibradas e individualizadas. En ocasiones el uso de suplementos dietéticos, y de algunas dietas especiales nos pueden resultar de gran ayuda en la alimentación del paciente.

Es necesario que la familia conozca y comprenda que:

- Una persona cercana a la muerte se vuelve desinteresada por la comida.
- No son capaces de disfrutar de una comida copiosa, buena, sana, muy bien presentada...
- Que la pérdida de peso no es sólo achacable a la dieta que tiene o a lo poco que come, que existen multitud de factores que debemos de razonar con la familia.
- Y que no existen evidencias que confirmen que una terapia nutricional agresiva pueda mejorar la calidad de vida.
- Por todo ello el propósito, de la alimentación en el paciente terminal es el disfrute y no la óptima nutrición.

“Lo que le guste, cuando le apetezca, poco y a menudo»

- La alimentación debe de partir siempre de los gustos personales del enfermo, que guiará las pautas dietéticas, para que disfrute de la comida.
- Los consejos nutricionales por parte de los profesionales deben ir encaminados al paciente y a la familia, e irán cambiando según el periodo de la enfermedad.
- A los pacientes deseosos de recuperar su apetito y ganar peso es importante proporcionarle la posibilidad de escoger entre una amplia variedad de comidas, servirla en pequeñas porciones, comidas atractivas y apetitosas, con una buena ventilación de los olores en las comidas...

12.4. Funciones del personal de enfermería.

- Valoración del apetito.
Realizar una adecuada valoración y evaluación de las causas de la pérdida de apetito, por ejemplo:
 - El dolor.
 - Náuseas y vómitos.
 - Estreñimiento.

- Disnea y disfagia.
- Un buen cuidado de la boca y una buena higiene diaria de la misma.
- Ansiedad y depresión.
- Insomnio.
- Reducir los malos olores.
- Pérdida del olfato y del gusto.
- Factores por los cuales se modifica el gusto:
 - Cambios crónicos en el medio local:
 - * Disminución de la saliva.
 - * Candidiasis, presencia de productos bacterianos en boca por una inadecuada higiene...
 - * Fatiga del gusto causada por la estimulación continua de las papilas gustativas por elementos necróticos en la boca, como caries, raíces en mal estado, piorrea...
 - * El propio tumor puede afectar a la regeneración de las papilas gustativas.
 - * Las propias deficiencias nutricionales.
 - * Los tratamientos recibidos de quimioterapia.
 - * Cierta medicación que puede provocar irritación de la mucosa, náuseas, retraso en el vaciamiento gástrico...
 - * Medicamentos que influyen negativamente sobre el apetito y el gusto: litio, levodopa, opiáceos, metronidazol, aminofilina, captopril, sulfonamidas, compuestos de Fe, AINES, fenitoina, 5 fluracilo, anfetaminas, citarabina, fluracepan, insulina...
 - Intervenciones quirúrgicas: glossectomía parcial.
 - Radioterapia local.
 - Trastornos concurrentes: diabetes, hipoadrenalismo, insuficiencia renal, parálisis facial...

12.5. Actividades que se pueden realizar para mejorar la alimentación.

- Planificar las comidas como ocasiones sociales y no solo como hechos nutricionales aislados.
- Se evitarán los procedimientos dolorosos y actividades fatigantes antes de las horas de las comidas
- Preparación de un ambiente adecuado:
 - Se retirará el material innecesario del área de alimentación.
 - Los pacientes que puedan serán ayudados a sentarse a la mesa o en la cama antes que la comida sea servida.
 - Mostrar en todo momento una actitud amable y positiva para estimularle a comer.

- Se intentará crear un ambiente placentero con flores, olor a café, presentar de la forma más agradable posible la vajilla, los cubiertos, mantelería...
- Empleo de técnicas de relajación.
- Tener en cuenta las preferencias del paciente:
 - Las alteraciones del gusto son muy comunes en pacientes con cáncer, el 50% y este porcentaje va aumentando a medida que la enfermedad avanza. Los gustos pueden ir cambiando de un día para otro, desarrollándose nuevas preferencias (sorprendiendo a los propios familiares), estos cambios pueden deberse a una reducción de la capacidad para detectar los olores de las comidas o por el mismo tumor, por lo tanto disminuye el placer de comer.

Presentación y preparación de las comidas.

- Fraccionar la dieta del día entre 6 a 7 tomas y presentarla en reducidas raciones y pequeños platos.
- Las porciones se servirán separadas y sin prisa, retirando el plato antes de servir el siguiente.
- La cantidad de cada ingesta se adaptará al enfermo, sin presionarle y no inducir sensación de fracaso.
- Las dietas deben de ser confeccionadas con alimentos con los que el paciente se siente familiarizado. Las comidas condimentadas adecuadamente y las bebidas con colores vivos se hacen más atractivas para el paciente. El color, la textura, la variedad, y la hora, favorecen la recuperación del apetito. Los purés resultan de entrada insípidos y pueden acabar con el apetito de la gente si se utilizan en demasiadas ocasiones.
- Deben incluir una moderada cantidad de fibras para prevenir el estreñimiento. No abusar de la fibra, puede provocar flatulencias intestinales y a su vez gran malestar abdominal e incomodidad del propio paciente.

Horario de las comidas.

Además de preparar las comidas para que al paciente le guste, debemos de aprovechar el momento de mayor apetito del día y realizar la comida más importante. Por ejemplo, muchos pacientes presentan buena predisposición para comer por las mañanas, pues en ese momento se aprovecha para comer todo lo que se pueda y quiera, realizando un desayuno lo más completo y variado posible.

Debe de existir flexibilidad horaria para que los pacientes puedan comer cuando les plazca. Las comidas deben de mantenerse calientes mientras el paciente la está tomando, existen los típicos recipientes para ello, porque lo caliente es más sabroso. Las comidas recalentadas o hechas varios días o que se han estado cocinando durante mucho tiempo, son rechazadas por los pacientes, y aún más si les generan olores desagradables.

Puede que durante la quimioterapia se produzca una aversión aprendida, por lo que se procurará no administrarle sus comidas favoritas en el curso de los tratamientos.

Después de las comidas el paciente permanecerá sentado unos minutos para reducir las posibilidades de náuseas y vómitos, ya que si esto ocurre la predisposición será menor en la próxima comida.

La vajilla y cubertería se presentará de forma cuidadosa, mientras más pequeños sean los recipientes menos se desanimará el paciente. Cubertería ligera, fácil de coger, los platos con reborde para evitar que se derrame el contenido.

A veces un buen aperitivo puede llegar a estimular el apetito tanto como la prednisolona.

12.6. Restricciones dietéticas.

Las limitaciones dietéticas a largo plazo en la fase terminal pueden reducirse o eliminarse si el paciente lo encuentra molesto. Por ejemplo, en pacientes con problemas cardíacos las restricciones de sal y grasas, se pueden suprimir y así ganar calidad en su dieta, aumentando su apetito y su motivación a la hora de comer, puesto que va a tomar alimentos prohibidos y que no tomaba hacía mucho tiempo.

En pacientes con cáncer avanzado y a la vez diabéticos no se le van a negar ciertos caprichos golosos, se controlará la glucemia en valores por debajo de 180 mg./dl.-220 mg./dl. No es un control muy estricto, pero si necesario ya que el paciente se siente mejor si se controla. Si el pronóstico de vida es corto, se evitará una dieta rígida y se permitirá un pequeño aumento de la ingesta de dulces, si el paciente así lo desea, con un incremento de la dosis de insulina conforme sea necesario.

Los requerimientos de insulina disminuyen conforme aumenta la pérdida de peso y anorexia. Durante la fase terminal el paciente sigue necesitando todavía de insulina, porque aunque no coma, el hígado sigue produciendo glucosa. Las necesidades basales son de 10 unidades, 2 veces al día. No obstante si se entra en inconsciencia, se suspende la insulina.

En presencia de una suboclusión u oclusión intestinal mantener al paciente con una ingesta frecuente de líquidos en pequeñas cantidades y dieta blanda (ya que siempre se absorbe algo de nutrientes en el intestino delgado). Se le administrarán espasmolíticos y analgésicos, obteniéndose un buen control de síntomas en domicilio.

En pacientes terminales, con pronóstico fatal, pocos días de vida, la dieta se limitará a la ingestión de pequeñas cantidades de líquidos y a los cuidados de la boca. En la agonía la deshidratación no es molesta y tiene la ventaja de reducir el gasto urinario, las secreciones bronquiales y dificultar el vómito. Esta situación es difícil de aceptar por parte de los familiares y deberemos de darle nuestro apoyo y aclarar todas las dudas que aparezcan.

12.7. Suplementos dietéticos y dietas especiales.

Los suplementos dietéticos en ocasiones son de gran ayuda para los pacientes que tienen el apetito disminuido. Debemos de informar a los familiares o cuidadores que muchas veces es más importante la calidad que la cantidad de lo que se come el paciente, y la ración de uno de estos suplementos puede reemplazar a media comida tradicional.

Son útiles en pacientes incapaces de manejar las comidas normales por debilidad, poco apetito, náuseas, disfagia, etc. Tienen la desventaja de que reducen el apetito para las comidas regulares, y que usados durante largos periodos de tiempo acaban por aburrir al paciente.

En general se toman solos pero se pueden añadir a sopas, zumos, natillas, etc., sin alterar la textura y sabor de la comida natural. Se deben administrar preferiblemente por la noche cuando el apetito está disminuido, ya que una bebida rica en calorías por la mañana puede suprimir el deseo de las comidas normales el resto del día.

Existen ciertos regimenes dietéticos promocionados por la medicina alternativa recomendados especialmente para este tipo de enfermos, sin evidencia de que mejoren el pronóstico de la enfermedad. Pueden usarse siempre que cuente con la aprobación del enfermo, y que no sea muy costoso, puesto que en ocasiones se mejora la moral.

12.8. La anorexia y la disfagia.

ANOREXIA.

Esta se puede aliviar con antieméticos y esteroides, la enfermería ante este problema estará condicionada por los sentimientos del paciente, pudiéndole apoyar de la siguiente manera:

- Reconocer sus deseos, puesto que tiene el derecho de decidir si quiere comer o no, sin criticar su decisión y sin tener que convencerlo.
- Evitar poner líquidos o comidas sólo en las horas de las comidas, darle el máximo de oportunidades para que el paciente pueda comer a lo largo del día.
- Evitar que los familiares fuercen al paciente a comer, esto es posible si se le hace comprender y a aceptar gentilmente el fin del paciente y el deseo del mismo.
- Dar el menor énfasis posible a la pérdida de peso. El pesar a estos pacientes anoréxicos es insensato e innecesario, por lo que se debe quitar de la vista, balanzas para así evitar casos frecuentes de ansiedad.
- Estimular a los familiares a que compren ropas apropiadas a su nuevo estado. Nada es más doloroso que recordar el peso perdido usando vestidos de tres tallas más.

DISFAGIA.

En los cánceres de esófago u ORL se deben de evitar sustancias ácidas y comidas secas difíciles de tragar.

- Se combatirá la deshidratación con el empleo de agua tónica, café, té, helado de hielo, o hielo triturado.
- Se hará lo posible para que los pacientes que estén capacitados puedan alimentarse por sí mismos, manteniendo su independencia, con privacidad y con mucha tranquilidad a la hora de comer.

12.9. Alimentación por sonda nasogastrica y parenteral.

Son soluciones muy poco utilizadas en pacientes terminales, por molestas, creadoras de ansiedad y dolorosas. La visión de tubos y goteros puede constituir una barrera para los que necesitan un contacto físico cercano con sus familiares.

Es poco humano prolongar el proceso del fallecimiento por la utilización de estas soluciones. Tienen buena aceptación en etapas tempranas de ciertos pacientes afectados por parálisis bulbar, ORL.

Se utilizarán con el consentimiento de los pacientes y no como el resultado de la presión de los familiares.

Se puede hacer un pacto con los familiares de colocarle la sonda durante un tiempo determinado, retirando la sonda si no retorna el apetito. Este acuerdo protege al equipo médico en decisiones escabrosas con los familiares, ahora si permanece la sonda hasta que el paciente está moribundo, será más difícil retirarla, y entraremos en el dilema expuesto anteriormente.

- **Objetivo** de la nutrición enteral domiciliaria:
Garantizar una adecuada nutrición, en domicilio y evitar largas hospitalizaciones.

Consejos para una nutrición enteral domiciliaria.

- *Con respecto al paciente:*
- Cuidados higiénicos:
 - Lavado diario de boca y dientes.
 - Limpieza diaria de fosas nasales o del estoma, con bastoncillo humedecido en agua templada.
 - Lavado de manos antes de la manipulación de sondas.
- Cuidados posturales:
 - Asegurar el máximo confort durante la ingesta.
 - Levantar la cabecera de la cama entre 45° y 90°.
 - Semisentado o sentado.
 - Mantener esta posición durante una hora después de la ingesta.

- Cuidados psicológicos:
 - Evitar la ansiedad, contando con la colaboración familiar y procurándoles tanto al paciente como a los familiares la forma adecuada para solucionar problemas sencillos.

Cuidados de la sonda y los equipos.

- Después de manipularla para administrar alimentos, comprobar su correcta posición, asegurándonos que su señal esté en su sitio.
- Cambiar el esparadrapo de fijación diariamente, valorando el orificio.
- Lavado de la sonda con 50–100 cc. de agua antes y después de cada ingesta o siempre que se introduzca medicación.
- En caso de obstrucción, intentar solventarlo con lavados. En caso negativo, cambiar la sonda.
- Los equipos y contenedores de plástico deben lavarse adecuadamente introduciendo agua para evitar que queden restos adheridos a las paredes, se cambiarán como máximo cada dos días.

Con respecto a los preparados y a las nutribombas.

- No utilizar ningún producto que este turbio, con mal aspecto, con mal olor, comprobar la fecha de caducidad.
- Mantener los productos en el frigorífico no más de 24 h. anotando en el frasco la fecha de apertura.
- Administrar las fórmulas a temperatura ambiente.
- Regular la cantidad y la velocidad del líquido nutritivo, administrando un volumen concreto en un tiempo determinado.
- No manipular la programación de las nutribombas, mantenerlas conectadas a la red eléctrica y mantenerlas siempre limpias.
- Valorar a diario si aparece: fiebre de más de 38° C; si la zona de la implantación de la sonda supura, está enrojecida en exceso o dolorosa.
- Valorar estreñimiento o diarrea de más de 5 días, vómitos náuseas o dolor abdominal de más de 24 h. Si es así, avisar a su médico de referencia o a la U. C. P. A. domicilio.

Fármacos estimulantes del apetito.

Estos fármacos son todos aquellos que contribuyan a mejorar la plurisintomatología de estos enfermos. Existen gran variedad de medicamentos a los que se le atribuye cierto efecto orexígeno. Como norma general, se administrarán a modo de prueba durante un periodo de unos 10 a 14 días, interrumpiéndose el uso de no obtener los efectos deseados.

Los estimulantes del apetito pueden ser válidos especialmente en aquellos pacientes en los cuales una ingesta calórica reducida es el principal mecanismo de malnutrición.

Existen gran variedad de medicamentos que se les atribuye un cierto efecto oroxígeno, aunque su efecto sea poco importante, tales como:

- Esteroides anabólicos:
 - Decanato de nandrolona 100 mg. IM semanalmente y Acetato de Megestrol de 160 a 1.600 mg./día.
- Fenotiazinas y antidepresivos:
 - La clorpromacina y la amitriptilina, se administran de 25 a 50 mg. por la noche.
- Antihistamínicos:
 - Ciproheptadina se administra 8 mg. tres veces al día.
- Corticoides orales:
 - Dexametasona: 2 a 4 mg. día.
 - Prednisona: 10 a 40 mg. día.
 - Metilprednisona: 16 mg. dos veces en el día.
- Estimulantes de la motilidad intestinal:
 - Domperidona
 - Metoclopropamida.
- Vitaminas:
 - La más empleada la Vitamina C a 500 mg. 4 veces al día.

Medidas para estimular el apetito no tan importantes.

Reajuste de prótesis dentales periódicamente, este hecho proporciona calidad de vida el enfermo mejora psicológicamente al mejorar su apariencia facial además de mejorar la masticación y la articulación del lenguaje.

Dar poco énfasis a su pérdida de peso, pesar a estos enfermos es poco razonable, o tenemos una báscula trucada.

La atención oportuna y al detalle de las necesidades de alimento que tenga el enfermo, hacen mucho por transmitirle el efecto que se le tiene y que se desea percibida.

12.10. Consejos dietéticos a la familia del enfermo terminal.

El apetito y el gusto se modifican por muchas causas, pero una de las principales es el de una comida no bien presentada, demasiada cantidad en el plato, la presencia de diversa sintomatología, medicamentos irritativos para el estómago... El control adecuado de estos problemas, modificación de tratamiento farmacológico, una buena cocinera y técnicas de relajación pueden originar una mejoría en el apetito.

La comida es el medio más cercano de la familia para ofrecer cuidados, afecto, y ayuda a su ser querido que cada vez se manifiesta más inapetente.

Debemos conocer y comprender todos, que un paciente conforme se va acercando a la muerte se vuelve cada vez más desinteresado por todo y en especial por comer. Son incapaces de disfrutar de una comida abundante, que sus necesidades calóricas son mucho menores ahora, y no está comprobado que una terapia nutricional agresiva en estos enfermos pueda mejorar su calidad de vida.

Consejos nutricionales.

- Lo que le apetece al enfermo. Que coma poca cantidad y a menudo, lo que le guste y cuando le apetezca, sin insistir para que coma más. Las preferencias del paciente pueden variar de un día para otro.
- Mostrar una actitud amable y positiva. Planificar las comidas como eventos sociales y no como hechos nutricionales. Mejorar la apariencia personal del paciente, mediante su aseo y una buena higiene bucal. Intentando que coma sentado en la mesa o sentado en la cama. Ambiente placentero, con flores, olor a café, compañías y vajillas atractivas para él. Evitar los olores de fritos o de otro origen.
- Tenga en cuenta que el color, la textura, la variación y el tiempo de la comida puede favorecer el retorno del apetito. Evite las comidas blandas, amorfas y hechas en batidoras. Presentarlas con mucha imaginación así como servir en copas algunas bebidas de colores vivos.
- Fraccionar la comida del día en 6-7 tomas, presentándolas en pequeñas porciones y en platos pequeños. Sin prisa, debiéndose retirar un plato antes de servir el siguiente.
- El pescado cocido, el puré de patatas o las comidas líquidas se pueden condimentar con un poco de perejil, ajo, cebolla... o acompañarse con salsa de tomate o una pequeña porción de espinacas.
- Los huevos revueltos resultan más sabrosos y son mejor aceptados que en otras formas.
- Los helados serán más apetitosos si se pueden servir con una cuchara de licor sobre ellos o una salsa de frutas.
- La leche es más apetecible cuando está diluida con gaseosa a partes iguales, y servida directamente del frigorífico.
- Los pacientes tienen mayor apetito por las mañanas, y pueden desear con agrado un desayuno con huevos revueltos, jamón, tostadas... Aceptemos que el desayuno puede ser la única comida o la principal del día.
- Emplear recipientes pequeños para no desanimar al paciente, que tengan un reborde para evitar que se derrame el contenido. Los cubiertos y las tazas deberán ser ligeros y con asa adecuadas para facilitar la sujeción por manos débiles y deformadas.

- Si aparece aversión por la carne roja por el sabor metálico, se ofrecerá carne blanca o de pollo. Se intentará disimular el amargor echándole vino o cerveza a las salsas, o emplear condimentos más fuertes de sabor, realizando una ingesta de líquidos aumentada.
- En la dieta podemos aumentar el contenido de proteínas añadiendo a las salsas, sopas pudines, leche en polvo o nata. También se puede utilizar el huevo duro y picado y frutos secos.
- Los suplementos dietéticos se utilizarán en pacientes incapaces de manejar comida normal por debilidad, poco apetito, náuseas, vómitos o disfagia. Pueden resultar aburridos si se emplean durante mucho tiempo. Una ración de estos preparados se puede sustituir a la mitad de una comida normal. Se deben de tomar preferentemente por la noche para que no supriman el deseo de las comidas normales en el resto del día. Una dietista puede ayudarnos a utilizar adecuadamente los suplementos dietéticos.
- En la etapa terminal se deben reducir ciertas limitaciones dietéticas que pueden resultar molestas, como dietas pobres en sal, en grasas, ricas en fibras...
- En fases avanzadas de la enfermedad, en la agonía, la alimentación y la hidratación puede ser innecesarias, la dieta se limitará a una ingestión de una pequeña cantidad de líquidos y a los cuidados de la boca, proporcionándole la mayor comodidad posible.
- La sensación de sed asociada a la sequedad de boca puede corregirse colocando hielo triturado o una gasa empapada, para que el paciente succione cuando le sea imposible beber de un vaso, sin necesidad de recurrir a la hidratación parenteral.
- El apetito también puede mejorar con medidas indirectas.
- Reajuste de las prótesis dentales.
- Ajustando a la talla actual su ropa, que le quede lo mejor posible para que su autoestima aumente.

“Lo que más beneficia al paciente en sus últimos días es que en su atención haya un sincero afecto, afán de servicio y generosidad. Ingredientes que también alimentarán, a su espíritu.”

BIBLIOGRAFÍA.

- Gómez Sancho, M. Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales. Ed. ICEPSS. Las Palmas. 1994.
- Gómez Sancho, M. Ojeda Martín, M. Manual de la unidad de medicina paliativa del H. El Sabinal, control de síntomas en el enfermo de cáncer terminal. Ed. VIATRIS. 2003. Pág. 49-121.
- Wilson Astudillo, Carmen Mendinueta, Edgar Astudillo. Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. Ed. EUNSA. 1995. Pág. 93-163.

- Cuidados paliativos. Sociedad Española de medicina de familia y comunitaria. Ed. SEMFYC. 1998.
- Espejo Arias, Maria Dolores. Cuidados avanzados. Cuidados paliativos. Ed. DAE Grupo Paradigma. 2002. Pág. 69-88.
- Gómez Sancho, M., Pascual López, A., López Imedio E., Arranz Carrillo de Albornoz, P. Avances en cuidados paliativos. Tomo II. Ed. GAFOS 2003. Pág. 531-703.
- GEOM. Grupo de enfermería oncológica madrileño. Manual de enfermería oncológica. Ed Gráficas Laga. 1996.
- León, M., Celaya, S. Manual de recomendaciones nutricionales al alta hospitalaria. Ed. Novartis consumer health. S. A. 2001.
- Ruiz Mata, F. de Cáceres, M^a Luisa. Segui Palmer, M. A. Recetas de cocina y de autoayuda para el enfermo oncológico. Ed. Ediciones Mayo. S.A. 2002. Pág. 43-114.

