

Capítulo VI: LA NUEVA VIDA DEL ENFERMO TERMINAL

INTRODUCCIÓN

Desde el momento en que recibimos la noticia de que sufrimos una enfermedad muy grave para la que la medicina actual no tiene remedio y que tanto nuestra integridad física como nuestra vida corren un riesgo real todo cambia en nuestra percepción y en nuestra vivencia de cada acontecimiento cotidiano.

A partir de ese momento el cambio en la realidad de nuestro día a día es tan brutal, que podría afirmarse, sin temor a exagerar, que en realidad no cambian muchos aspectos de nuestra vida, sino que para quien recibe esa noticia, EMPIEZA UNA NUEVA VIDA.

Por buscar un símil que nos ayude a comprender la dimensión del cambio, es como si desde el día de nuestro nacimiento estuviéramos haciendo el viaje de nuestra vida subidos en un tren; con nuestra realidad, nuestros problemas, nuestras necesidades, nuestros miedos, nuestras metas, nuestras esperanzas y nuestros deseos.

Viajamos en un tren que marcha a su ritmo, que para en algunas estaciones donde suben y bajan nuevos pasajeros que se incorporan y se van de nuestras vidas, que transita por paisajes distintos y realidades diferentes.

El día en que recibimos esa noticia somos nosotros quienes nos bajamos del tren en el que habíamos pasado toda nuestra vida. ESE DÍA SOMOS NOSOTROS QUIENES NOS BAJAMOS DEL TREN Y EMPRENDEMOS UNA MARCHA A PIE que nos llevará hasta nuestro destino final. Y esto, desde el momento en el que hemos abandonado el tren, lo sabemos o lo intuimos.

En esa marcha a pie, en esa nueva realidad, todo, absolutamente todo, es diferente. Nuestros intereses, nuestros miedos, nuestros problemas, nuestras necesidades, nuestros deseos, nuestros valores, nuestros placeres, nuestro ritmo de marcha: todo; absolutamente todo cambia.

Enfermería y el paciente terminal

A continuación vamos a describir los principales problemas a los que se enfrenta ese ser humano que acaba de bajarse del tren y de emprender una marcha a pie, que desconoce cómo será ni cuánto tiempo durará, pero que algo en su interior le dice que le conducirá hasta su final.

Por eso, cuando ve que su tren abandona la estación y le observa alejándose en la lejanía hasta perderse de vista, no puede evitar sentir una gran nostalgia, consciente de que nunca más volverá a subir a él.

SUS NUEVOS PROBLEMAS

Son muchos los problemas cotidianos a los que se enfrenta un enfermo terminal: problemas físicos, anímicos, adaptativos, espirituales y miedos, y los profesionales que les atendemos hemos de tenerlo siempre muy presente.

Hemos de tener siempre muy presente que estos enfermos tienen problemas muy variados que han de ser tratados y necesidades muy concretas que han de ser satisfechas.

Aunque hablaremos de las reacciones universales, convendría recordar que cada caso particular será distinto, que cada individuo vivirá su enfermedad terminal de una forma muy personal, dependiendo de su forma de ser y capacidad para afrontar las dificultades; de su edad; creencias y cultura.

No lo vivirá igual una persona mayor que ya ha culminado un ciclo vital, que otra, para quien la vida aún son planes y proyectos. No lo vivirá igual quien no tiene cargas familiares, que quien tiene hijos pequeños y una familia que aún depende de él.

Los problemas y necesidades de los que vamos a hablar son fenómenos universales, pero recordemos que cada uno de esos problemas y necesidades será más o menos intenso en cada persona y cada caso concreto.

Los cambios en su rutina cotidiana

La espada de Damocles. Desde el momento en el que recibe o percibe lo dramático de su situación, el enfermo tratará de normalizar su vida, pero inevitablemente la amenaza de la enfermedad se cierne sobre él.

Si cualquiera de nosotros que no padezca una enfermedad terminal tiene un dolor, un vómito o cualquier otro síntoma, no pensaría en primer lugar en que pudiera estar provocado por una enfermedad grave.

Sin embargo, un enfermo al que se le ha diagnosticado una patología terminal cuando experimente un empeoramiento o una molestia de cualquier tipo,

Enfermería y el paciente terminal

esté o no esté relacionada con la enfermedad, no podrá evitar sospechar de forma inmediata que se trata de un agravamiento de su situación.

La susceptibilidad. Esto sucede casi siempre, pero sobre todo cuando no existe una comunicación abierta y sincera y en los casos de conspiración de silencio. El paciente, que de alguna forma presiente la gravedad de su situación, vivirá bajo una sospecha continua en la que analiza cada gesto, cada desvío de mirada, cada visita inesperada o cada llamada telefónica.

Los valores. Una persona cuyos objetivos en la vida sean ganar más dinero, tener más prestigio profesional o conseguir un coche más potente, recibe esta noticia y todos esos objetivos se desvanecen como si nunca hubieran existido.

Todo eso ahora pierde importancia para él y, en cambio, la adquieren otras vertientes de la vida como la visita de un hijo, pasar una mañana sin dolor o disfrutar de un paseo en tranquilidad.

Los intereses. Tantas cosas que antes le divertían, sobre las que conversaba y discutía acaloradamente: fútbol, cotilleos, críticas a un vecino o a un compañero de trabajo, ahora le resultan frívolas y faltas de todo interés.

La soledad. Nunca se ha sentido tan solo en su vida. Necesita compañía y la agradece, pero no hablamos de eso. El enfermo está solo porque, por mucho que se le acompañe, por mucho que se le anime, por mucho que se le consuele, sólo él está gravemente enfermo, sólo él va a morir, sólo él va a perder todo eso que ahora disfruta y a todas esas personas que ahora tratan de animarle.

La adaptación. Si el enfermo es una persona joven, con una vida activa y actividades sociales y laborales, se verá afectado su mundo laboral, con todo lo que ello implica; su mundo social, las salidas, actividades deportivas, cenas; pero también se verá afectada su vida familiar, de pareja o su capacidad para colaborar en las labores domésticas.

Si se trata de una persona mayor, también se producirán cambios, algunos de ellos diferentes: muchos enfermos pierden la autonomía de la que disfrutaban; otros tienen que desplazarse a casa de un hijo o de un familiar que pueda cuidarlos, con la desubicación de su entorno que esto acarrea y otros habrán de ingresar en una institución sanitaria o residencial.

El sufrimiento. El enfermo terminal sufre, y su sufrimiento es total. No tiene únicamente problemas físicos, pero tiene problemas físicos. No tiene únicamente problemas anímicos y de adaptación, pero tiene problemas anímicos y de adaptación.

No tiene únicamente miedos a todo y necesidades importantes que han de ser cubiertas, pero tiene miedos a todo y necesidades importantes que han de

Enfermería y el paciente terminal

ser cubiertas. A continuación enumeramos esos problemas cotidianos en cada uno de estos campos.

CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE LOS PROBLEMAS FÍSICOS

La evolución normal de una enfermedad terminal provoca una serie de síntomas físicos que deterioran la salud del enfermo y su calidad de vida. Algunas de las características de estos síntomas son:

Al comienzo de la enfermedad. Normalmente, en las primeras etapas de la enfermedad, los síntomas están muy relacionados con ésta. Un paciente que tenga, por ejemplo, un tumor gástrico padecerá principalmente síntomas gástricos: dolor abdominal, náuseas, vómitos o alteraciones en las deposiciones.

En las etapas finales. Posteriormente, con el avance de la enfermedad y según se aproxima el final, aparecen o ganan relevancia otros síntomas más generales, que afectan a todo el organismo y que son comunes a la práctica totalidad de las enfermedades. Los trastornos sistémicos más habituales son: astenia, anorexia y caquexia.

Los síntomas más frecuentes. Hay un grupo de síntomas que se presentan con mucha frecuencia. Fuera aparte de los problemas específicos de cada enfermedad concreta, existe una batería de trastornos muy habituales.

De su mejor o peor control dependerá en gran medida la calidad de vida del enfermo. Estos problemas son: dolor, estreñimiento, boca seca-candidiasis, insomnio, disnea, además de los ya mencionados, astenia, anorexia y caquexia.

Todos los síntomas son importantes. El enfermo no tiene síntomas menores o mayores. Un profesional de la medicina puede considerar el control del dolor, por ejemplo, prioritario en su actuación, y lógicamente ha de serlo, pero no debería nunca desatender el control de otros síntomas para él menores.

No debería desatender, por ejemplo, los trastornos en la boca o el estreñimiento, porque éstos también afectan gravemente a la vida cotidiana del enfermo y si no se manejan adecuadamente, por muy bien controlado que esté el dolor, el enfermo no se encontrará bien.

Los síntomas tratables y los no tratables. Algunos problemas responden al tratamiento, pero otros no. Si existe un tratamiento eficaz para controlar un síntoma concreto, el enfermo ha de conocerlo, saber cómo utilizarlo, sus posibles efectos secundarios y las dosis de rescate.

Enfermería y el paciente terminal

En cambio, cuando se enfrenta a un problema contra el que no hay tratamientos eficaces, como sucede en las etapas finales con el agotamiento generalizado, la pérdida de peso y de apetito, de poco sirve tratar de ganar tiempo ofreciéndole soluciones milagrosas que pronto descubre que no son realmente eficaces.

Los síntomas no son constantes. Los problemas físicos diarios cambian. Así son estas enfermedades. Progresan y no existe un tratamiento capaz de frenar ese avance. Los síntomas que provocan también progresan y cambian, aparecen otros nuevos y varían su intensidad mientras que unos pierden protagonismo y otros lo ganan.

CARACTERÍSTICAS, EVOLUCIÓN Y ADAPTACIÓN DEL ESTADO ANÍMICO

Cualquier persona, cualquiera de nosotros, cuando reciba una noticia dramática que suponga una amenaza real para su integridad o para su estabilidad, atravesará por una serie de etapas que le ayudarán a ir adaptándose progresivamente a la nueva realidad hasta que un día, quizá, pueda llegar a aceptarla.

Esta noticia no tiene por qué ser el diagnóstico de una enfermedad muy grave. La noticia puede ser la pérdida del trabajo, el abandono de la pareja o cualquier otra que para esa persona suponga, en ese momento, un drama.

Las etapas adaptativas a las que nos referimos fueron estudiadas y desarrolladas por Elisabeth Kübler-Ross y aunque con el tiempo algunos autores han ido introduciendo ciertas modificaciones, en lo esencial permanecen inalterables.

La conmoción. Los primeros días el enfermo se encontrará conmocionado. Le sucederá algo muy similar a lo que le pasa a quien recibe un puñetazo en la cara. Obnubilado, será incapaz de razonar, de entender, ni tan siquiera de escuchar las explicaciones y las esperanzas que tratan de infundirle las personas que le rodean.

La negación. Incapaz de aceptar su realidad, la negará. Actuará como si no le hubieran dado la noticia; acudirá a otros especialistas en busca de un diagnóstico más favorable; buscará alternativas terapéuticas o soluciones cuasi milagrosas en los lugares más insospechados.

La ira. Cuando el empeoramiento que experimenta, los continuos fracasos y la evolución de la enfermedad hagan imposible la negación, se volverá agresivo contra su situación. Desgraciadamente descargará esa agresividad contra quienes más confianza tiene, sus seres queridos, y contra quienes más cerca tiene, los profesionales que le atienden.

Enfermería y el paciente terminal

La negociación. Sellará un pacto. El pacto será su último recurso. Consciente de que a nivel terrenal nadie puede sanarle, pactará una prórroga, con un Dios, un ser superior o una fuerza sobrenatural. Pedirá más tiempo a cambio de una promesa.

La depresión. El pacto es su última esperanza. El día que comprenda que también esto le ha fallado, que no hay solución humana ni divina, que su destino está escrito, ese día se deprimirá.

La aceptación. El enfermo, cansado de luchar, agotado y vencido por la enfermedad, observa lo que queda de su cuerpo derrotado y se resigna a su final.

El estado de ánimo. Respecto a los problemas anímicos, es importante comprender que durante el tiempo que dura su trayecto, estos enfermos pasan por estados de ánimo muy distintos: tendrán días malos, por supuesto, días en los que la pena, la desolación, el miedo, la angustia y la soledad lo tiñan todo de desánimo.

Pero también tendrán días y momentos buenos en los que reirán, se ilusionarán, se esperanzarán, disfrutarán de las cosas y de las compañías y tendrán más capacidad para aceptar su realidad, sin vivirla como una amenaza.

El miedo. Sí, tendrá miedo. Tendrá miedos. Temerá a todo, a las cosas más insospechadas. Tendrá miedos razonables y otros que no lo son: miedo a la soledad, a la noche, al espejo, al más allá, a que vuelva el dolor, a sufrir, a no ser querido, a no ser aceptado, a su deterioro físico, a su deterioro moral, a los problemas económicos o legales, a los aspectos religiosos, éticos y espirituales, a no ver cumplidas sus necesidades ni sus expectativas ni sus esperanzas.

La esperanza. Nunca la perderá del todo.

Capítulo VII: MANEJO DE SÍNTOMAS

INTRODUCCIÓN

Una de las características de una enfermedad incurable y progresiva con una respuesta limitada e insuficiente a los tratamientos específicos y pronóstico de vida limitado es el gran impacto emocional que provoca en el enfermo y su familia.

El impacto emocional afectará inevitablemente a la vivencia de los síntomas. La percepción de un síntoma siempre estará modulada por aspectos como el nivel de adaptación, el ambiente en el que se desarrolle, el significado de ese problema, el motivo que lo haya podido ocasionar o el estado de ánimo de la persona afectada.

En el caso concreto de estos enfermos, influyen sobremanera la soledad, la incertidumbre, un soporte familiar insuficiente o inadecuado, la sensación de abandono, la incomunicación, la aparición de nuevos síntomas, su nivel de adaptación a la enfermedad y su capacidad para mantener un equilibrio emocional.

El manejo de síntomas es, por tanto, esencial pero insuficiente para alcanzar el objetivo último del máximo bienestar posible del enfermo. Esencial, por supuesto, pero insuficiente porque no se logrará ese objetivo sin un apoyo emocional adecuado a él y a su familia y una comunicación bidireccional abierta y sincera.

Utilizamos el término manejo de síntomas, en lugar de control de síntomas, porque no todos los problemas físicos o psíquicos del enfermo responden adecuadamente a los tratamientos conocidos, en cuyo caso, nuestro trabajo deberá ir enfocado a ayudar, tanto a él como a su familia, a aceptar esos síntomas y a vivir con ellos con la máxima autonomía y bienestar posibles.

Afortunadamente, otros muchos síntomas sí responden a los tratamientos específicos. El conocimiento de los fármacos más adecuados en cada caso y

Enfermería y el paciente terminal

de las posibles medidas no farmacológicas se antoja esencial para cualquier profesional que atienda a un enfermo terminal.

A continuación vamos a describir los principios fundamentales para el manejo óptimo de síntomas.

PRINCIPIOS BÁSICOS EN EL CONTROL Y MANEJO DE LOS SÍNTOMAS

Para conseguir que el enfermo tenga sus síntomas lo mejor controlados que sea posible, es preciso tener en cuenta las características de estos trastornos. Todo lo que sabemos de ellos nos será muy útil para su manejo.

Teniendo en cuenta las características del síntoma

Sabemos que los síntomas más frecuentes son: dolor, estreñimiento, boca seca, insomnio, disnea, astenia, anorexia, caquexia, ansiedad y depresión.

Bien, pues el primer principio básico para el manejo de síntomas es preguntar en cada visita de forma metódica y sistemática sobre todos y cada uno de los problemas de esta lista.

Mantener un método y una sistemática en el manejo de síntomas mediante una hoja de registro. Esa hoja debe llevar impresos al menos esos diez problemas más frecuentes y contar con casillas para anotar de forma objetiva la incidencia de cada síntoma en cada visita.

El hecho de que estén impresos en la hoja nos permite interrogar al enfermo por cada uno de ellos, sin que se nos olvide a nosotros, al propio paciente o a su familia, mencionar alguno que quizá en ese momento no se viene a la cabeza pero que ya está molestándole. Por tanto, recordemos, se ha de preguntar en CADA visita por CADA síntoma.

Para objetivar el grado de afectación de cada síntoma concreto se utilizan escalas. Las más frecuentes son las que lo valoran de cero a diez o de cero a cuatro.

En esta última, por ejemplo, un cero significaría que de momento ese síntoma no ha aparecido, un uno sería una incidencia leve, un dos moderada, un tres severa y un cuatro grave, insoportable. Este registro nos permite, no sólo objetivar los datos en cada visita, sino también tener una perspectiva de la evolución de cada uno de ellos.

Sabemos que estos trastornos cambian, evolucionan, progresan y se pueden presentar de forma inesperada. Por este motivo, la única receta posible para controlarlos es hacerlo en el contexto de las visitas regulares y periódicas.

Enfermería y el paciente terminal

Un paciente que hoy se encuentra asintomático, puede perfectamente tener dolor y estreñimiento la próxima semana. Sería un gravísimo error dejar de visitarle porque le hemos encontrado bien en la última visita.

Por tanto, se ha de visitar al enfermo de forma regular y periódica, y en cada visita, cuestionar síntoma a síntoma, anotando su grado de afectación según la escala que se utilice en la hoja de registros.

Sabemos que estos síntomas son multicausales, pueden tener orígenes muy diversos y no todos tienen necesariamente que estar relacionados con la enfermedad. Es fundamental evaluar convenientemente la causa o causas que los pueden estar provocando para proponer un tratamiento causal, siempre que éste sea posible y la situación general del enfermo lo permita.

Sabemos que estos síntomas tienen un carácter multidimensional, que la intensidad con la que puedan afectar al enfermo y su familia dependerá de la vivencia del estímulo nocivo y ésta estará modulada, además de por una dimensión meramente física, por otras como la emocional, la social o la espiritual.

Hemos de ser capaces de explicar al paciente y sus allegados la naturaleza del síntoma, sus posibles causas y su relevancia en el contexto de la enfermedad. Estar convenientemente informados y saber cómo actuar para aliviarlo, reduce en gran medida la ansiedad que provoca.

Sabemos que la vivencia del síntoma siempre será individual. El tratamiento, lógicamente, también deberá ser individualizado y personalizado. Para que sea así, hemos de ser flexibles y tener capacidad de escucha y empatía.

Hemos de escucharles atentamente cuando nos relatan experiencias previas con ciertos tratamientos y ser capaces de cambiarlos por otros en los que ellos tengan fe porque anteriormente les han dado buenos resultados. Por tanto, escucharles y tener en cuenta sus opiniones, sus deseos, sus principios, sus decisiones o sus reticencias.

Del mismo modo, hemos de ser capaces de explicarles los posibles motivos que desaconsejen alguna medida concreta que ellos nos propongan y de ser lo suficientemente convincentes y asertivos para que lo entiendan y lo acepten.

Sabemos que algunos problemas sí responden a los tratamientos específicos, pero que otros no. Como ya explicamos en su momento: tratar los primeros adecuadamente y ayudarles a aceptar y a vivir con los segundos.

Pero, además, en cada visita se debe actuar en el acto tomando todas las medidas necesarias para aliviar sus males. No se trata sólo de registrar el grado de afectación de cada síntoma.

Enfermería y el paciente terminal

Se trata de actuar ante él, poniendo el tratamiento que precise, haciendo los ajustes y correcciones que sean necesarios, explicándoles y dejándoles por escrito cualquier cambio o cualquier tratamiento nuevo, además de las medidas no farmacológicas que pudieran complementarlo.

Del mismo modo, si el problema requiere una técnica o actuación, también se realiza en ese momento. Si el paciente está estreñido, se comprueba si tiene fecaloma y, si es el caso, se extrae, se pone un enema o lo que se precise. Si tiene una herida o una úlcera, se realiza la cura, y así sucesivamente.

Sabemos que la esperanza de vida de estos pacientes es muy limitada, de tal modo que no tendría sentido privarles de los beneficios de determinados fármacos, que en otros casos estarían más restringidos o controlados, por los posibles efectos secundarios a medio o largo plazo.

Fármacos como, por ejemplo, los corticoides se emplean con estos enfermos a dosis suficientes para aliviar sus síntomas con precaución pero, en cualquier caso, con mayor libertad que si se tratara de una enfermedad crónica.

Por el mismo motivo, la expectativa de vida limitada, siempre se dará prioridad a tratamientos de acción más inmediata sobre otros cuyos efectos empiecen a apreciarse pasadas semanas como sucede con muchos antidepresivos.

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

La elección del fármaco y la vía de administración

Cuando se trate de elegir tratamiento, entre dos de similar eficacia, elegir aquél que para el enfermo sea más fácil, menos incómodo, más tolerable y que él acepte mejor. Es decir:

Entre dos tratamientos similares, elegir el que el enfermo prefiera, si tiene una opinión sobre ellos, experiencias previas con alguno o algún tipo de preferencia. El beneficio de tener en cuenta al paciente a la hora de tomar la decisión es tan grande, que incluso se puede sacrificar algún posible beneficio de otro tratamiento que no sea de su gusto o no le convenza.

Entre dos tratamientos similares, elegir el de probada eficacia. Al enfermo no le queda demasiado tiempo y no es el momento para experimentar. Hacerlo, no sería ético ni razonable.

Si tenemos un fármaco con trayectoria, que ha demostrado ser útil para el control de ese síntoma, de fácil administración y económico, lo lógico es que ese fármaco sea la primera elección. Recordemos, que aunque cueste creerlo, la mayor parte de los problemas de estos enfermos se pueden controlar con un máximo de veinte fármacos.

Enfermería y el paciente terminal

Entre dos tratamientos similares, elegir el que se administre por la vía más cómoda para el enfermo. Por regla general, si se puede tragar, la primera elección para la administración de los fármacos es la vía oral.

Sin embargo, no siempre es posible utilizar esta vía, en cuyo caso la principal alternativa en cuidados paliativos es la vía subcutánea. Últimamente, la vía transdérmica está adquiriendo progresivamente un protagonismo mayor.

Las otras alternativas como la venosa, sublingual, rectal o PEG también tienen su campo, pero hay que saber decidir correctamente cuál es la más adecuada en cada momento y en cada situación concreta.

Entre dos tratamientos similares, elegir el que precise menos pastillas al día, menos días, el que sirva para controlar más de un síntoma, el que el tamaño de los comprimidos sea más fácil de tragar y el que no obligue a despertar al enfermo por la mañana o por la noche.

El tratamiento en continua revisión

Para lograr un buen control de síntomas es preciso reevaluar todo el tratamiento previo: ¿siguen siendo necesarias los fármacos que toma para el colesterol, la tensión arterial o la osteoporosis? En muchos casos la respuesta es no.

Esto no significa que se tengan que quitar necesariamente, significa que el profesional debe pensar en la posibilidad y hablarlo con el enfermo. Y debe hacerse con tacto, evitando que lo interprete como un agravamiento de su situación. En cualquier caso, la norma a seguir será siempre reevaluar y simplificar todo lo que se pueda.

Dado que la enfermedad evoluciona, dado que en cada visita preguntamos por cada uno de los síntomas; los tratamientos, los fármacos utilizados, sus dosis, todo debe ser revisado y cambiado si se precisa. Revisar. Subir o bajar dosis si el síntoma no está lo suficientemente bien controlado.

El tratamiento pautado y los rescates

Y dado que muchos de los síntomas están provocados por la evolución de la propia enfermedad incurable y por su inevitable progresión, la única forma de mantenerlos controlados es poniendo tratamientos pautados. Si mejora gracias al tratamiento, empeorará si deja de tomarlo.

Algunos de estos fármacos deben pautarse reloj en mano, a horas exactas, como sucede con los analgésicos para evitar que aparezca el dolor. En otros casos, es suficiente con que la pauta se ajuste a una actividad como, por ejemplo, al horario de las comidas, aunque éste no sea tan preciso.

Enfermería y el paciente terminal

Los tratamientos también deben tener en cuenta que un síntoma puede empeorar en un momento del día, de hecho sucede con frecuencia, y que ese empeoramiento no está cubierto con el tratamiento pautado de base.

Para abordar estas situaciones, es preciso haber pautado rescates. Es decir, explicar qué hacer, qué dar y a qué dosis si un trastorno se agudiza entre tomas del tratamiento de base.

Normalmente, estas dosis de rescate no implican cambios en la medicación pautada. Si es así, explicárselo claramente al enfermo y cuidador: una dosis de rescate es una dosis extra, una más, no un adelanto de la que le corresponde a su hora.

Finalmente, recordar que muchos fármacos además del efecto buscado, tienen otros indeseados, los llamados efectos secundarios. Si son conocidos y esperados, en el momento en el que se prescriba uno de esos medicamentos, se deben pautar otros para prevenir sus efectos secundarios. Un ejemplo: los mórficos. El uso de estos fármacos provoca estreñimiento. Por tanto, un mórfico siempre ha de ir acompañado de un laxante.

Algunas puntualizaciones sobre los mórficos en los cuidados paliativos

A propósito de los mórficos, no se puede hablar de los tratamientos en cuidados paliativos sin hacer una mención a los mórficos.

Incomprensiblemente, queremos creer que por desconocimiento, no pocos profesionales de la medicina aún hoy en día se muestran escépticos y reticentes a su uso. Curiosamente, esta reticencia, queremos creer que por desconocimiento, suele limitarse a la morfina pero no a otros fármacos del tercer escalón, la mayoría de los ellos bastante más potentes y caros que ésta.

Para ser justos, hemos de decir que resulta más difícil encontrar un profesional de enfermería que ponga reparos al uso de la morfina. La mayor parte de estos profesionales son médicos.

A favor de estos fármacos hemos de decir que correctamente pautados, como debe hacerse con cualquier otro tratamiento, son extraordinariamente seguros y eficaces.

Correctamente pautados apenas tienen efectos secundarios importantes, excepción hecha del estreñimiento, ni crean dependencias ni depresiones respiratorias ni alucinaciones raras. Correctamente pautados, significa simplemente ajustando la dosis precisa para la intensidad del dolor.

A favor de estos fármacos hemos de decir que son útiles para aliviar no sólo el dolor, sino que resultan altamente eficaces contra otros síntomas, como la

Enfermería y el paciente terminal

disnea o la tos, que limitan de forma dramática la calidad de vida del enfermo.

A favor de estos fármacos hemos de decir que afortunadamente existen. Sin ellos, nuestro trabajo cuando nos enfrentamos a enfermos con dolor intenso sería realmente frustrante, porque contemplar a un ser humano retorciéndose de dolor, pidiéndonos ayuda suplicante y no tener qué ofrecerle, crea una gran impotencia.

Capítulo VIII: MANEJO INTEGRAL DEL DOLOR

INTRODUCCIÓN

No cabe ninguna duda que si preguntáramos a enfermos y familiares por el síntoma físico más temido, el que más les preocupa y alarma, la mayoría de ellos nos respondería que el dolor.

Si hiciéramos lo mismo con los profesionales que les atienden, si estudiáramos a qué síntoma de su paciente dan mayor relevancia, en cuál se centran más durante sus visitas, obtendríamos la misma respuesta: el dolor.

La preocupación por el dolor es tal que, en no pocas ocasiones, los profesionales se centran en conseguir un adecuado control de este síntoma descuidando el de otros, igualmente importantes, pero que ellos consideran problemas menores como el estreñimiento, la boca seca o el insomnio.

De cualquier modo, la sensación dolorosa no deja de ser una experiencia subjetiva, que será vivida de forma muy distinta según sea la personalidad del individuo que lo padece y las circunstancias que lo provocan.

En el caso de un enfermo terminal, el dolor no tiene ningún componente positivo, al contrario, es un recuerdo permanente y desagradable de la enfermedad que lo provoca.

Lógicamente, una mujer dando a luz vivirá el dolor intenso en el momento del parto de una forma mucho más positiva que si estuviera provocado por un tumor en alguna parte de su cuerpo, aunque éste último tuviera una intensidad menor.

Por este motivo, en el caso de los enfermos terminales el concepto "dolor" se entremezcla, se contamina y se funde con el más amplio y adecuado de "sufrimiento".

Esto debe ser tenido en cuenta a la hora de tratar el dolor en estos enfermos. El tratamiento sólo será eficaz si además de adoptar todas las medidas

Enfermería y el paciente terminal

farmacológicas y no farmacológicas que se precisen para aliviar el componente físico del estímulo doloroso, se complementa con otras que actúen sobre todos los aspectos que modulan la percepción que ese individuo tenga de ese estímulo, es decir de la vivencia subjetiva de esa experiencia.

TIPOS DE DOLOR. CLASIFICACIÓN

Para valorar cuál es el tratamiento más eficaz, es preciso haber diferenciado de qué clase de dolor se trata. Se pueden hacer distintas clasificaciones siguiendo criterios diferentes y cada una de ellas tiene su importancia y su utilidad clínica.

Según el área anatómica donde se produce el estímulo doloroso, el dolor se divide en nociceptivo y neuropático.

El nociceptivo puede, a su vez, ser **SOMÁTICO** si proviene de las estructuras somáticas como las partes blandas, músculos, huesos, articulaciones y piel o **VISCERAL** si afecta a los órganos. El primero está bien localizado, es punzante y pulsátil. El segundo es más bien sordo, difuso y profundo.

Hablamos de dolor neuropático cuando afecta a estructuras nerviosas. Según su localización se clasifica en dolor central, periférico o simpático.

Este último puede producir molestias a nivel sensorial y motor, y el enfermo además del dolor tiene sensaciones anormales desagradables (disestesias) o sensaciones anormales no desagradables (parestesias). Es frecuente la sensación de descarga eléctrica, acorchamiento, quemazón o presión.

Según la forma de presentación y duración, el dolor se divide en agudo y crónico.

Según su curso, se clasifica en continuo y episódico. El dolor continuo no desaparece. Aunque tenga momentos de mayor o menor intensidad, se muestra constante a lo largo del día. Al episódico se le denomina incidental si se relaciona con una determinada actividad como hacer de cuerpo, incorporarse, caminar o toser.

Cuando no aparece un factor desencadenante, se habla de un dolor intermitente.

Un tercer tipo, bastante frecuente de dolor episódico es aquél que se presenta poco tiempo antes de la toma del medicamento pautado. Se denomina fallo final de dosis y se caracteriza porque el resto de tiempo el dolor está bien controlado.

EL DOLOR Y LAS CAUSAS QUE LO PROVOCAN

Para poder controlar adecuadamente este síntoma es básico analizar previamente su origen. Sería un error atribuir la molestia automáticamente al mal del paciente porque su origen puede, efectivamente, estar ahí, pero también puede perfectamente deberse a otras causas.

De hecho, en el caso concreto del dolor en enfermos con cáncer avanzado, sólo dos terceras partes están provocadas por el propio cáncer. El tercio restante se debe a otras causas distintas a la enfermedad en sí. Entre estas causas podemos destacar otras patologías ajenas a la que está provocando su situación de terminalidad.

El dolor de un paciente que, por ejemplo, además de sufrir una neoplasia avanzada tenga una neuropatía diabética o una artrosis crónica, puede estar provocado por cualquiera de éstas últimas y no por su mal principal.

También es frecuente que tenga dolor a consecuencia de la propia inmovilidad ocasionada por el avanzado estado de la enfermedad o por úlceras de decúbito, causadas por su deterioro general o la falta de cuidados suficientes.

En resumen, el dolor puede estar provocado por la propia enfermedad, pero también por cualquier otro síntoma o causa externa que padezca el enfermo. De igual modo, podemos afirmar que esta interacción con el resto de síntomas es bidireccional, es decir, que el dolor también empeora e intensifica la vivencia de otras molestias.

EL DOLOR Y SU TRATAMIENTO

Evaluar antes de tratar

Para filiar el dolor y poder tratarlo adecuadamente, conviene tener la respuesta de las siguientes preguntas:

¿Cuándo y cómo empezó? ¿Lo relacionas con algo concreto: una actividad, hora del día, otro síntoma?

¿Has observado si mejora o empeora en algún momento determinado, coincidiendo con alguna situación concreta?

¿Cómo es el dolor? ¿Es agudo o crónico? ¿Es constante o episódico? ¿Es sordo, pulsátil o lo sientes como una descarga eléctrica?

¿Cuánto te duele? (Para medir la intensidad del dolor, como con cualquier otro síntoma, se utilizan escalas. Por ejemplo, en una escala de 0 a 4, el valor 0

Enfermería y el paciente terminal

significa la ausencia del síntoma, el 1 la presencia de una leve molestia, el 2 de una molestia moderada, el 3 ya es un dolor severo y el 4 insoportable).

¿Dónde te duele? ¿Está muy localizado o se desplaza (irradia) en alguna dirección?

Si has tenido dolor en otras ocasiones, ¿con qué analgésicos lo trataste? ¿Cómo respondió el síntoma a ese tratamiento?

¿Tienes preferencia por algún fármaco concreto o por alguna vía de administración determinada?

Medidas generales

Por suerte, aproximadamente el 90% de los casos de dolor puede controlarse adecuadamente. Para lograrlo, es preciso tratarlo adoptando una serie de medidas generales que incluyan el tratamiento farmacológico y no farmacológico, una filiación adecuada, la información, la prevención, además del apoyo anímico y el acompañamiento del enfermo.

Como se ha indicado anteriormente, es preciso evaluar correctamente el dolor, su intensidad, sus características, localización y la causa o las causas que lo originan.

Recordar que en la mayoría de los casos, aproximadamente en el 80% de ellos, se localiza en más de un punto corporal.

Recordar que alguno de esos dolores puede tener su origen en causas distintas y responder, por tanto, a tratamientos diferentes. Un enfermo puede, por ejemplo, tener un dolor provocado por metástasis y al mismo tiempo una molestia intensa causada por el estreñimiento.

Recordar que se debe anteponer la vía de administración más sencilla. En cualquier caso, siempre que sea posible la primera elección debería ser la oral, por tratarse de la más fisiológica y natural y la que menos sensación de enfermedad y de dependencia provoca en el enfermo.

Un enfermo orientado, consciente, que trague con normalidad, sin dificultad, debería tener un tratamiento analgésico por boca, si no existe ningún motivo que justifique lo contrario.

Recordar que el dolor es una vivencia subjetiva. Si el paciente dice que le duele, le duele. No se debe juzgar a la ligera el dolor de los otros y, en ningún caso, se han de utilizar placebos con estos enfermos.

Recordar que estos enfermos tienen lo que denominamos dolor total. Esto significa que su dolor está impregnado de sufrimiento y que sólo

Enfermería y el paciente terminal

conseguiremos mejorarlo si el enfermo se siente comprendido, aceptado, informado y acompañado.

Medidas preventivas

¿Qué hacer si una acción o actividad determinada dispara el dolor? Para prevenir este tipo de dolor se puede adoptar, según el caso, una de estas cuatro medidas:

Si se puede evitar la acción concreta, EVITARLA.

Si no puede eludirse, BUSCAR ALTERNATIVAS. Buscar la forma de hacerlo sin que provoque molestias. Un buen ejemplo sería el uso de la silla de ruedas para un enfermo que tiene dolor al deambular.

Si se sabe que puede presentarse la molestia y existe alguna medida preventiva, adoptarla. PREVENIR. Sería el caso del estreñimiento asociado a la toma de mórficos. Se conoce perfectamente que estos analgésicos estreñen. Se dispone de tratamientos preventivos para evitar ese estreñimiento. Pues, al mismo tiempo que se receta un mórfico, se debe prescribir un tratamiento laxante.

Finalmente, si la acción no puede evitarse ni prevenirse, ANTICIPARSE. Pautar un analgésico eficaz para que se lo tome una hora o media hora antes de realizar esa actividad desencadenante.

Medidas farmacológicas

Pautar la analgesia adecuada y hacerlo de la manera más idónea posible resulta esencial para alcanzar el control óptimo del síntoma. A continuación vamos a analizar las pautas a seguir para que las medidas farmacológicas sean eficaces y efectivas.

Prescribir los analgésicos a horas fijas, siguiendo una pauta según la vida media del fármaco concreto del que se trate. Nunca esperar a que aparezca el dolor. No dejar de tomarlos por estar asintomático. Si su vida media es de cuatro horas, como en el caso de la morfina de liberación normal, se ha de programar su toma cada cuatro horas. Si su vida media es de seis, cada seis; si es de ocho, cada ocho, y así sucesivamente.

Dejar un tratamiento de rescate. Esto significa que si, a pesar del tratamiento pautado se presenta un episodio doloroso entre una toma y la siguiente, el enfermo debe tener un medicamento de actuación rápida para aliviarle en esa situación.

El análisis de la medicación que precisa para controlar el dolor episódico servirá también para realizar un ajuste posterior de la analgesia en caso de que resulte preciso hacerlo.

Enfermería y el paciente terminal

Recordar que para estos pacientes el uso de adyuvantes es, con mucha frecuencia, necesario para alcanzar el control del dolor. Se denominan adyuvantes o coanalgésicos a aquellos fármacos que sin ser analgésicos, combinados con éstos consiguen intensificar su potencia analgésica.

En algunos casos, el adyuvante controla el dolor por sí mismo. Ciertos fármacos como determinados anticonvulsionantes, benzodiazepinas, corticoides, bifosfonatos, hipnóticos, antibióticos y antidepresivos se usan con frecuencia como adyuvantes o coanalgésicos.

Pautar medicación para tratar los posibles efectos secundarios, transitorios o permanentes, de los analgésicos prescritos: protectores gástricos para evitar las lesiones gástricas características de los AINE, laxantes para el estreñimiento de los opiodes, etc.

Escoger el analgésico más adecuado para el tipo, localización e intensidad del dolor, no por el tiempo de vida estimado que le pueda quedar. Este comentario tiene relevancia porque algunos profesionales se resisten a administrar analgésicos potentes como los opioides en enfermos con dolor intenso pero con una esperanza de vida más larga.

Medidas no farmacológicas

Hemos de recordar que el dolor tiene un fuerte componente emocional que ha de ser tenido en cuenta. De hecho, hay diversos factores que influyen directamente en la percepción del dolor y su presencia o ausencia hará que el mismo dolor duela más o duela menos. Se dice que estos factores aumentan o disminuyen el umbral del dolor.

Si el enfermo se siente seguro, apoyado y comprendido; si sabe que pase lo que pase, el equipo va a visitarle regularmente; si se le tiene en cuenta en las decisiones; si se le trata con cercanía, buen humor y simpatía, el dolor le duele menos.

Si el enfermo está descansado, duerme lo necesario; si está entretenido, se mantiene activo, sale a la calle, tiene visitas y se le responsabiliza del tratamiento, el dolor le duele menos.

Y al contrario, si se siente solo, duerme mal, no descansa, se pasa las horas sin actividad y sin compañía, si se decide por él, si no sabe cuando vendrá el equipo médico a visitarle, si no hay comunicación, si tiene miedo a su futuro, si le falta la información que precisa, el dolor le duele más.

Todas estas son medidas no farmacológicas que nos ayudarán a aumentar el umbral del dolor y, por tanto, a que el enfermo tenga otra percepción de su situación. Pero, además, hay otras muchas medidas que pueden contribuir al

Enfermería y el paciente terminal

control del síntoma y a aliviar al enfermo que, en muchos casos, resultan sumamente eficaces.

Medidas como los masajes, enseñar o realizar técnicas de relajación, aplicar frío o calor, la acupuntura, usar estimulaciones eléctricas o movilizar de forma activa o pasiva las distintas partes del cuerpo actúan tanto sobre los componentes afectivo-emocionales del estímulo doloroso como sobre los puramente físicos.

Un consejo: no descartar de antemano ninguna de ellas. Siempre se puede probar. Si se presenta la oportunidad, si alguien está especializado en alguna en concreto y se ofrece a hacerlo, no lo rechaces y pruébalo ya que normalmente no resultan agresivas ni negativas ni interactúan con los otros tratamientos.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Como se ha explicado reiteradamente, la educación a familia y enfermo se debe ir haciendo de forma progresiva, en el contexto de las visitas del equipo, con naturalidad, sin forzar, respondiendo sus preguntas, explicando la aparición de síntomas, informando sobre la evolución de la enfermedad, aclarando aspectos sobre la medicación, dosis, tomas y posibles efectos secundarios.

En el caso del dolor, hemos de transmitirles la importancia de poner la medicación de forma pautada sin esperar a que aparezcan las molestias, explicarles los factores que inciden sobre el umbral de percepción del síntoma y las medidas que deberían tomar y las que habrían de evitar para que su dolor le duela menos.

Pero, además de todo esto, hemos de conseguir que sean capaces de poner el tratamiento con seguridad y confianza, evitando los errores más frecuentes, entrenándoles y permitiéndoles que nos consulten todas sus dudas.

Como ejemplo de educación para la salud en el manejo del dolor vamos a describir qué deberíamos explicar al enfermo y a su familia si tiene un tratamiento con morfina oral.

Información y entrenamiento en la administración de morfina

La explicación debe incluir aspectos sobre el tratamiento de base, a sus horas fijas con comprimidos de liberación retardada y el de rescate con los de liberación normal.

Enfermería y el paciente terminal

Sobre el tratamiento de base con comprimidos de liberación retardada

Hemos de explicar al enfermo y su cuidador que la acción de estos comprimidos dura doce horas. Después de ese tiempo dejan de ser efectivos, por tanto, para evitar que el enfermo empiece a tener dolor, deben dárselos cada doce horas DE RELOJ.

Hemos de explicarles que es conveniente que adapten las tomas al ritmo de vigilia y sueño del paciente. Si el enfermo es madrugador y va pronto a la cama, se le pueden dar a las 8 y a las 20 horas, o a las 9 y a las 21 horas; si se despierta y se acuesta tarde, a las 11 y a las 23, o a las 12 y a las 24 horas. Lo importante es que el horario le resulte cómodo, que no sea necesario despertarle para dárselas y que las tome a las horas.

Hemos de explicarles que para que la acción del comprimido dure doce horas no puede partirse, machacarse o masticarse. Tiene que tomarlo entero. Si no lo hace así, el efecto sólo le durará cuatro horas y después tendrá dolor. Además se estará tomando una dosis demasiado alta en un breve espacio de tiempo, con el consiguiente riesgo que esto conlleva.

Hemos de explicarles que no deben dejar de dárselos en ningún caso, porque en ese momento no tenga dolor o porque haya tomado una dosis extra hace poco tiempo.

Si tienen cualquier duda sobre su eficacia o algún tipo de sospecha sobre posibles efectos secundarios, han de llamar al equipo médico y consultarlo para que lo valore, no tomar la decisión por su cuenta.

Sobre el tratamiento de rescate con comprimidos de morfina de liberación normal

Hemos de explicar al enfermo y su cuidador que estos comprimidos liberan la morfina con mayor rapidez, que su efecto empieza a notarse cuando han pasado entre quince minutos y media hora y que, por tanto, están indicados para aquellos momentos del día en los que tenga dolor, a pesar de los comprimidos que toma cada doce horas.

Hemos de explicarles que han de darle un comprimido, la dosis que haya indicado su médico, cada vez que tenga dolor. Han de saber que pueden darle tantos como necesite, incluso uno cada hora si fuera preciso.

Para su tranquilidad hemos de aclararles que siempre que tenga dolor, el opioide irá a esos receptores del dolor y no provocará ningún efecto indeseado por tratarse de dosis altas.

Enfermería y el paciente terminal

Hemos de explicarles que cada vez que tome un comprimido deben anotarlo en una hoja que les dejamos expresamente preparada para ello. Esto es muy importante porque en próximas visitas, según el número de comprimidos extra que haya necesitado, sabremos si es necesario aumentar la dosis de la pastilla que se toma cada doce horas.

Hemos de explicarles que aunque haya precisado un gran número de dosis extras, la pastilla que toma cada doce horas, la de liberación retardada, debe seguir tomándola a su hora. No se debe retirar, retrasar ni adelantar, ni siquiera en el caso de que haya precisado la última dosis de rescate poco tiempo antes.

Hemos de explicarles que estos comprimidos sí se pueden partir, machacar o masticar y que no se va a alterar su liberación por ello.

Hemos de explicarles que observen en qué circunstancias precisa más dosis de rescate, si se relaciona con alguna actividad, momento determinado del día o si suele necesitarlo poco antes de la próxima toma pautada (fallo final de dosis)

Aclaraciones pertinentes a la familia sobre la morfina y sus mitos. En el caso de la morfina, además de estas instrucciones sobre su correcta administración, es conveniente hacer algunas aclaraciones sobre este fármaco para evitar los errores y malentendidos frecuentes que existen sobre los opioides.

Es conveniente aclarar que el hecho de darle morfina no tiene que ver con la gravedad o no de su situación. El analgésico se prescribe por la intensidad de su dolor, no porque la enfermedad esté más o menos evolucionada.

Es conveniente aclarar que otros fármacos que ellos perciben como más inocuos, como sucede con frecuencia con los parches, en realidad son medicamentos que contienen sustancias más potentes que la morfina.

Es conveniente aclarar que la morfina, siempre que el enfermo tenga dolor, no crea adicción. En este punto puede resultar adecuado explicarles nuestra experiencia en la administración de este fármaco y cuántos de nuestros pacientes se han enganchado a ella. En nuestro caso concreto, tras más de diez años de trabajo con estos enfermos, ninguno.

Es conveniente aclarar que la morfina no tiene techo analgésico, esto quiere decir, que al contrario que sucede con otras sustancias, se puede aumentar la dosis indefinidamente. Esto es importante porque el organismo se acostumbra a la sustancia y cada cierto tiempo requiere un pequeño incremento de dosis para conseguir el mismo efecto.

Enfermería y el paciente terminal

Es conveniente aclarar que administrar morfina no significa sedar al enfermo. Estamos dándole un analgésico para el dolor, nada más. De hecho, la morfina no es el fármaco que se utiliza para inducir al enfermo terminal a una sedación.

ESCALERA ANALGÉSICA DE LA OMS

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en un intento de colaborar con los profesionales sanitarios en el control de este síntoma ha elaborado un esquema muy simple para aliviar el SUFRIMIENTO de estos enfermos mediante un manejo racional y sencillo de los distintos analgésicos, coadyuvantes y medidas de apoyo complementarias: la escalera analgésica de la OMS.

La escalera, aunque ha conservado su estructura básica, con el paso del tiempo ha ido experimentando algunas modificaciones que han mejorado las limitaciones del esquema original. Vamos a describir la escalera original y, tras realizar un examen crítico de la misma, a incluir las medidas la mejoraron definitivamente.

La primera escalera: tratamiento analgésico puro y duro

La primera escalera elaborada por la OMS se compone únicamente de tres escalones. Con estos tres escalones se pretende exponer de una forma muy esquemática y sencilla que los fármacos contra el dolor a disposición del médico prescriptor pueden dividirse en tres grupos según su potencia analgésica.

Cada uno de estos grupos se corresponde con uno de los peldaños de la escalera. En el primero se incluyen los teóricamente menos potentes; en el segundo, aquellos que tienen una potencia intermedia y en el tercero y último, se clasifican los analgésicos más potentes.

El profesional que trata a un enfermo con un dolor de baja intensidad debería empezar usando analgésicos del primer escalón. En caso de no conseguir un adecuado control, se subiría un peldaño en la escalera y se le trataría con un fármaco del segundo grupo, así hasta el tercer escalón.

PRIMER ESCALÓN: LOS ANALGÉSICOS PERIFÉRICOS

A este grupo pertenecen el paracetamol, el metamizol, los salicilatos y el ácido acetilsalicílico (la aspirina) que es, probablemente, el mayor representante de todos ellos, siendo su principal inconveniente la irritación gástrica. Irritación gástrica que puede neutralizarse con protectores gástricos.

SEGUNDO ESCALÓN: LOS OPIOIDES DÉBILES

Enfermería y el paciente terminal

A este grupo pertenecen la codeína, el tramadol y la dihidrocodeína.

TERCER ESCALÓN: LOS OPIOIDES MAYORES O POTENTES

El principal exponente de este grupo es la morfina, pero otros como el fentanilo o la buprenorfina se utilizan cada día con más frecuencia. La metadona, que en España no se emplea con profusión, se incluiría también en este escalón, aunque para algunos autores podría formar parte de un cuarto peldaño.

Análisis crítico de la escalera

Es de aplaudir la intencionalidad esquemática de la escalera analgésica de la OMS. Lo encontramos plausible porque, desgraciadamente, los profesionales sanitarios no siempre consiguen un control adecuado del dolor pese a disponer de fármacos eficaces para lograrlo.

Serían muchos los motivos que llevan a este control inadecuado del dolor. Posteriormente analizaremos los que en nuestra opinión podrían ser más importantes, pero sin lugar a dudas, uno de ellos es el mal uso de los analgésicos.

Muchos profesionales "se pierden" usando múltiples fármacos distintos que llegan a conocer de una forma bastante superficial, cuando bastaría con manejar un número muy reducido de analgésicos (entre seis y diez), que representen a los distintos escalones, sabiendo con precisión cuáles son sus dosis máximas, rescates, efectos secundarios, etc.

Con el manejo adecuado de un número muy limitado de analgésicos se llegan a controlar de una forma satisfactoria más del 90% de los dolores en pacientes terminales.

Sin embargo, al ser una representación esquemática y simplificada, la escalera también incurre en deficiencias, que no errores, que deben ser compensadas y aclaradas si pretendemos lograr el objetivo buscado.

En primer lugar, la división entre analgésicos débiles y potentes es bastante inexacta. Es inexacta porque algunos analgésicos son muy eficaces contra determinados tipos de dolor y menos contra otros, independientemente de su escalón. Es el caso del ácido acetilsalicílico, exponente del primer escalón, que resulta muy útil para el manejo del dolor óseo, sea cual sea su intensidad.

Por otra parte, sería conveniente aclarar que no es preciso seguir la escalera peldaño a peldaño hasta llegar al más alto. Cuando la intensidad o tipo de dolor que sufre el enfermo lo indique, se debe, empezar con un segundo o un tercer escalón.

Enfermería y el paciente terminal

También es importante reseñar que en muchos casos el enfermo padece diferentes tipos de dolor simultáneamente, por lo que resulta muy eficaz mezclar los opiodes, más eficaces contra los dolores viscerales, con los periféricos, que actúan mejor contra los óseos.

Históricamente se ha rechazado la mezcla de fármacos analgésicos del segundo y tercer escalón para evitar la posibilidad de que se contrarresten su efecto mutuamente. Sin embargo, cada vez se puede observar a mayor número de profesionales que no siguen a rajatabla este principio, sin aparente perjuicio al paciente.

Para lograr un adecuado control del dolor, también se debe conocer con precisión el mecanismo de acción de otros fármacos, no analgésicos, pero con efecto analgésico ante dolores como el neurogénico.

A estos medicamentos se les denomina adyuvantes, y se les puede situar en cada uno de los tres escalones, junto a sus analgésicos correspondientes. Es decir, que se pueden combinar entre ellos para optimizar el control del síntoma.

Tan importante como los analgésicos y adyuvantes, como sus dosis y posibles combinaciones, como empezar de uno u otro escalón, tan importante como todo esto para el control del dolor resulta su correcta administración.

Un enfermo con un síntoma doloroso provocado por una causa no reversible, se supone que va a sufrir esa molestia de forma permanente, precisamente por la irreversibilidad de su origen, es más, se supone que muy probablemente su intensidad puede ir aumentando o variando con el tiempo.

Por tanto, es imposible lograr un adecuado control del dolor si no se evalúa de forma periódica y sistemática, si no se le explica al enfermo cómo actuar en caso de sufrir dolor entre toma y toma de analgésico o si no tiene un tratamiento pautado, evitando el clásico e ineficaz "si dolor".

Del mismo modo, es muy complicado controlar el dolor si el profesional tiene miedo a provocar adicción en el paciente, si no cree que le duela tanto, si considera que cierta dosis de dolor es inevitable o si desconoce el manejo preciso y adecuado de los analgésicos, sus dosis máximas y cómo potenciarlos combinándolos con otros analgésicos o adyuvantes.

Mejorando la escalera. Además de analgésicos, comunicación y apoyo

En el caso de un enfermo con un enfermedad terminal, el componente emocional del dolor adquiere una relevancia capital tan importante, que si no se atiende esa necesidad, el control sintomático puede resultar imposible y el médico que le atiende, puede observar atónito cómo el dolor de ese paciente no responde a ninguno de sus fármacos eficaces.

Enfermería y el paciente terminal

Es preciso, por tanto, que el profesional transmita confianza, cercanía, seguridad y amistad. Es preciso que se establezca una relación sincera y abierta, en la que el enfermo no se sienta juzgado, se encuentre cómodo, perciba que puede decir cualquier cosa sin temor a ser criticado o ridiculizado y que sus opiniones van a ser tenidas en cuenta.

Es preciso que se pueda comunicar con el profesional con la seguridad de que éste no le va a mentir ni a fallar; que se atiendan sus demandas, se calmen sus miedos, se aclaren sus temores. Es preciso que nos escuche decirle que vayan como vayan las cosas no vamos a abandonarle, que haremos cuanto esté en nuestra mano para que se encuentre lo mejor posible.

Es preciso que confíe en el tratamiento que le estamos poniendo, que le expliquemos con precisión cómo y cuándo debe tomarlo, cómo y cuándo puede tomar dosis las de rescate.

Es preciso que comprenda que él forma parte activa del tratamiento, que sólo con su ayuda podremos conseguir controlar el dolor, porque sólo él sabe cuánto le duele y sólo él puede decirnos el efecto de los distintos fármacos. Transmitirle, en suma, que JUNTOS podremos luchar mucho más eficazmente contra el dolor y que, por tanto, necesitamos de su colaboración.

Es preciso que le expliquemos que su dolor le dolerá menos si está descansado, ocupado, animado, acompañado, si duerme bien o encuentra alguna actividad que le divierta. Y, al contrario; es preciso que sepa que si se aísla, se abandona, no se ocupa, se deja ir, siente miedo o temor, duerme mal o siente ansiedad, su dolor le dolerá más.

Muchos compañeros nuestros, profesionales de la medicina y de enfermería, consideran que quienes trabajamos en cuidados paliativos, nos dedicamos a visitar al enfermo, sentarnos a su lado y ponerle la mano sobre el hombro. Es una pena que piensen así, porque no pueden estar más equivocados.

Un buen profesional de cuidados paliativos basa su trabajo en un control metódico y riguroso de los distintos síntomas físicos y anímicos que estén afectando a su calidad de vida. El dolor, por supuesto, no es una excepción a esta regla.

El dolor, por tanto debe ser tratado con rigor y profesionalidad manejando los fármacos analgésicos de la potencia que se requiera según la intensidad del dolor, nunca según la supervivencia estimada del enfermo, y poniendo las dosis, rescates, coadyuvantes y combinaciones que sean precisas, siguiendo los principios de la escalera analgésica de la OMS.

Pero, un profesional de cuidados paliativos NUNCA sería un buen profesional si se limitara a poner un tratamiento farmacológico, por muy bueno que sea y

Enfermería y el paciente terminal

por muy bien pautado que esté, sino que debe complementarlo con otras medidas no farmacológicas que ayuden también a controlar el dolor.

Como ejemplo de estas medidas no farmacológicas puede servirnos la aplicación de frío o calor, los masajes, técnicas de relajación, acupuntura, estimulaciones nerviosas eléctricas, uso de instrumentos ortopédicos, poner mentol en zonas doloridas o cualquier tipo de movilización o corrección postural que le alivie.

Y, por último, un buen profesional de cuidados paliativos sabe que para lograr un control óptimo del dolor en un enfermo con una enfermedad terminal, además de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos descritos anteriormente que, repetimos, son IMPRESCINDIBLES e INSUSTITUIBLES, pero INSUFICIENTES, además de esos tratamientos, sí debe sentarse junto al enfermo, escucharle y, sí, claro que sí, ponerle la mano en el hombro o coger la suya.

Porque un buen profesional de cuidados paliativos, sabe que el contacto físico, la cercanía, el cariño, el respeto, la escucha, la confianza, la disposición de ayuda, el soporte emocional, la comunicación abierta y sincera, el apoyo a la familia que le cuida, también son IMPRESCINDIBLES e INSUSTITUIBLES para controlar el dolor teñido de sufrimiento del enfermo, aunque, como en el caso de los fármacos esta actitud NO ES SUFICIENTE.

Por eso están equivocados quienes piensan que nuestro trabajo se basa en la mano en el hombro. Están equivocados porque nosotros SÍ sabemos que la mano en el hombro no ayuda si, además, no somos capaces de pautar un tratamiento farmacológico eficaz.

Ésa sería la escalera analgésica mejorada de la OMS; con sus tres (o cuatro) escalones, cada uno con su analgésico más los adyuvantes; y con un pasamanos que enlaza todos los peldaños y en el que apoyan la comunicación, el apoyo a nivel emocional y la inclusión de la familia.

LOS ANALGÉSICOS POR ESCALONES

Primer escalón

Los AINE, son eficaces principalmente para el dolor metastásico óseo. Todos los fármacos de esta familia tienen una potencia analgésica similar. Al ser gastrolesivos, siempre se deben asociar a un gastroprotector. Los más utilizados y sus dosis son:

Ibuprofeno: Es, de todos ellos, el menos lesivo a nivel gástrico. Se puede dar a unas dosis entre 400 y 800 mg cada 8 horas, es decir, hasta un máximo de 2400 mg al día. Se administra vía oral.

Enfermería y el paciente terminal

Ketorolaco: Puede administrarse por vía subcutánea, por lo que con estos pacientes en determinadas situaciones es el AINE de elección. No es recomendable prolongar su uso más de 4 semanas porque puede haber riesgo de insuficiencia renal. La dosis correcta es de 30 mg cada 6 horas. Además de por la subcutánea, puede administrarse IV o intramuscular.

Diclofenaco: Se administra vía oral a dosis de 50 mg cada 8 horas.

Paracetamol: Su gran ventaja respecto a los AINES es que no resulta gastrolesivo. Su uso con estos pacientes está muy extendido. No siempre resulta igual de eficaz para el dolor metastásico óseo. La dosis máxima es de 4g al día, o lo que es lo mismo, 1g cada 6 horas. Se puede administrar vía oral, rectal o intravenosa.

Metamizol: Este fármaco tiene su función en cuidados paliativos principalmente por su efecto antipirético y porque, además de las vías intravenosa o intramuscular, puede emplearse la rectal.

Segundo escalón

Muchos profesionales de cuidados paliativos se saltan el segundo escalón y prefieren tratar el dolor moderado con fármacos del tercero a dosis bajas. El motivo es que se consigue un mejor control del síntoma con los mismos efectos secundarios, si no menos, y si se espera un aumento progresivo en la intensidad del dolor, el enfermo ya tiene pautado el fármaco que va a precisar en el futuro, se habrá acostumbrado a su uso, al sistema de rescates, etc.

Codeína: En dosis de 30 mg cada 6 o 8 horas, vía oral.

Tramadol: Su dosis máxima es de 400 mg al día. Se suelen prescribir 50-100 mg cada 6 o 8 horas. Se puede administrar por vía subcutánea, además de la oral y la venosa. Aunque produce menos estreñimiento que la codeína, en ambos casos se recomienda poner un laxante profiláctico.

Tercer escalón

Morfina

Como ya hemos explicado reiteradamente, la morfina es un fármaco que además de resultar muy eficaz para el control del dolor resulta, usado correctamente, muy seguro.

Sin embargo, se debe prestar atención a posibles síntomas de neurotoxicidad como náuseas o vómitos persistentes, delirium, somnolencia persistente, sudoración profusa o mioclonias multifocales.

Enfermería y el paciente terminal

La neurotoxicidad se produce por una excesiva acumulación de metabolitos activos, normalmente en el contexto de una insuficiencia renal o de una deshidratación.

EFFECTOS SECUNDARIOS DE LA MORFINA

Los principales efectos secundarios son transitorios, hasta que el organismo se acostumbra a la sustancia. Las náuseas y vómitos suelen desaparecer a los 2 ó 3 días de iniciado el tratamiento. Lo mismo sucede con la sudoración y la somnolencia que, en caso de presentarse, lo hará de forma transitoria.

El estreñimiento, en cambio, no es un problema transitorio, sino que se mantendrá mientras se consuma el fármaco. Todo enfermo con tratamiento de opioides debe tener una pauta para el control del estreñimiento y los profesionales han de estar alerta a este trastorno.

La boca seca también es un efecto secundario permanente del consumo de morfina y por tanto se deben adoptar medidas locales que lo neutralicen.

CÓMO PAUTAR LA MORFINA

La dosis inicial más adecuada son 5 ó 10 mg de morfina de liberación normal cada 4 horas. Aún se desconoce la dosis real que precisará para controlar su dolor, por tanto debe tomar todos los rescates (dosis extra de 5 mg) que precise a lo largo del día, incluso hasta una cada hora si fuese necesario, y anotarlos en una hoja.

Tres, cuatro días después, se pasa el tratamiento de morfina de liberación normal a la retard de liberación controlada. Como la morfina retard se administra cada doce horas, para calcular la dosis se divide la suma de todas las dosis que ha precisado cada día entre dos.

Algunos profesionales prefieren comenzar el tratamiento directamente con comprimidos retard, poniendo dosis bajas de 10 o 15 mg cada doce horas y con tantos rescates de 5 mg como precise.

Recordemos que la dosis de rescate a administrar es un 10% de la dosis total diaria. 30 mg de morfina cada doce horas, por ejemplo, suman 60 mg al día. El rescate sería de 6 mg, como no existe esa dosis se le da la más aproximada: 5 mg Si estuviera tomando 50 mg cada doce horas, 100 al día, cada rescate se haría con comprimidos de 10 mg de liberación normal.

Cuando es necesario emplear una vía subcutánea, la dosis que precisa es exactamente la mitad que la que oral. Esta pauta inicial se complementa

Enfermería y el paciente terminal

añadiendo todas las dosis de rescate que precise el enfermo exactamente igual a como se hacía con los comprimidos.

La dosis de rescate también es de un 10% de la total diaria. Por esta vía, al no existir preparaciones retard, se ha de administrar cada cuatro horas, que es la duración del efecto del fármaco.

PRINCIPALES PRESENTACIONES

Comprimidos de sulfato de morfina de liberación inmediata (Sevredol). Se pueden partir y machacar para facilitar su administración. Se administra cada 4 horas.

Comprimidos retard de sulfato de morfina (MST). Se administran cada 12 horas. No pueden masticarse ni machacarse pues al perder la película que los envuelve, se comportan como comprimidos de liberación inmediata.

Cápsulas de sulfato de morfina en microgránulos de liberación controlada. De elección para pacientes con PEG, sonda nasogástrica o dificultad para la deglución.

Ampollas de cloruro mórfico. Existen presentaciones al 1% (1 ml) y al 2% (de 1 y 2 ml). Una vez abiertas debe evitarse la exposición del fármaco a la luz directa.

Fentanilo

Es un opioide sintético que tiene una potencia analgésica entre 80 y 100 veces superior a la de la morfina. Su uso en cuidados paliativos está muy extendido principalmente en parches transdérmicos, muy útiles para enfermos con trastornos de deglución o de tránsito gastroduodenal por producir menos estreñimiento que la morfina.

Además del parche de fentanilo, existe otra presentación que tiene su campo en los cuidados paliativos: el fentanilo transmucosa oral.

PARCHES TRANSDÉRMICOS DE FENTANILO

En la actualidad hay presentaciones de 25, 50, 75 y 100 microgramos. La liberación de la sustancia se realiza de forma constante durante 3 días, por tanto no es adecuado para pacientes que precisen un ajuste rápido.

El parche tarda entre 13 y 16 horas en alcanzar niveles analgésicos. Esto debe tenerse en cuenta para controlar el dolor con otro fármaco durante ese periodo ventana al comenzar el tratamiento, es decir, cuando se pone el primer parche.

De la misma manera, al retirarlo, se debe tener en consideración que las siguientes 16 horas todavía tiene sustancia en el organismo.

Enfermería y el paciente terminal

Respecto al manejo del parche hay que tener en cuenta que éste se puede cortar para ajustar la dosis, que se debe rotar la zona donde se aplica y que al manipularlo conviene evitar contactar con las manos en la cara del parche donde se libera la sustancia. En caso de fiebre o sudoración excesiva, además de aumentar su absorción, existe riesgo de que se desprege.

Los rescates suelen hacerse con cloruro mórfico, siguiendo los mismos principios que con la morfina, es decir, un 10% de la dosis de base, pero teniendo en cuenta que un parche de 25 microgramos equivale aproximadamente a unos 45-60mg de morfina oral diaria.

Cerca de un 15% de los enfermos tienen dolor el día previo al cambio del parche. En estos casos, en lugar de aumentar la dosis, resulta más efectivo cambiarlo a las 48 horas.

FENTANILO ORAL TRANSMUCOSO

Su principal y más correcta aplicación se encuentra en el tratamiento del dolor irruptivo. Es un dolor de aparición repentina, con gran intensidad y corta duración en el tiempo, que no suele exceder la media hora.

Hay dos clases principales, el incidental, que es el más frecuente de los dos y que se presenta coincidiendo con una actividad o mecanismo fisiológico como toser, defecar o algún movimiento determinado. El otro es el dolor irruptivo espontáneo, que aparece inesperadamente, sin ninguna acción que lo explique o lo justifique.

En el caso del dolor irruptivo, normalmente no se consigue un buen control con la morfina de liberación rápida porque su efecto empieza a notarse a los 20 ó 30 minutos y mantiene su acción un tiempo excesivo (4 horas).

Por este motivo, está más indicado el fentanilo oral transmucoso que al absorberse por la mucosa oral, tiene un inicio de acción muy rápido, gran potencia analgésica y duración de acción corta en el tiempo.

Su principal desventaja es que, al no poderse calcular con exactitud la dosis necesaria, es preciso, en cada caso concreto, una titulación individual puesto que no se relaciona con la dosis de opioide de base que tiene el paciente.

Se inicia con una dosis de 200 microgramos, que ha de repetirse a los 10 minutos si no resulta efectiva. Se la considerará la dosis adecuada en caso de que se consiga controlar el dolor en el primer intento o en la repetición. De no ser así, en los próximos episodios de dolor se emplea la siguiente dosis más alta, en este caso, 400 microgramos.

Las otras presentaciones disponibles, además de las de 200 y 400 microgramos, son las de 600, 800, 1200 y 1600.

Enfermería y el paciente terminal

Esta presentación del fentanilo por vía oral transmucosa, conocida popularmente como un chupachúps de fentanilo es adictiva, por lo que debe limitarse a un máximo de 3-4 veces al día.

Respecto a su manejo, se debe tener en cuenta que la boca ha de estar húmeda, por lo que en caso de boca seca conviene humedecerla previamente. El producto, que debe consumirse completamente en cada toma, se coloca contra la mejilla y se desplaza por ella sin masticarlo durante un tiempo aproximado de 15 minutos.

Oxicodona

Es un opioide semisintético derivado de la tebaína, entre 1,5 y 2 veces más potente que la morfina. Su biodisponibilidad es alta, el doble que la de la morfina y sus efectos analgésicos son similares. El efecto analgésico empieza a sentirse aproximadamente en una hora y, en el caso de la presentación de liberación prolongada, su duración es de 12 horas.

Este fármaco ha ido ganando protagonismo en cuidados paliativos y se ha situado como uno de los más usados con estos pacientes por varios motivos. Por una parte, la analgesia se produce con relativa rapidez y el alivio se prolonga por espacio de doce horas.

Por otro lado, su alta biodisponibilidad oral, la hace muy predecible y fiable. Otra ventaja es que al no liberar histamina, provoca menos náuseas, vómitos, alucinaciones y prurito que la morfina. También presenta menor riesgo de neurotoxicidad que la morfina, una buena alternativa para ancianos con insuficiencia renal.

Se comercializa en comprimidos de liberación prolongada de 10, 20, 40 y 80 mg También existen presentaciones en cápsulas de liberación inmediata de 5, 10 y 20 mg La dosis de rescate, como en el caso de la morfina, es de un 10% de la dosis total diaria. Su manejo, en lo que a tratamiento de base y rescates se refiere, es muy similar al de la morfina

Su principal efecto secundario es el estreñimiento, que suele ser más intenso que con la morfina.

Buprenorfina

Éste es otro fármaco que ha ido adquiriendo mayor protagonismo en el control del dolor en cuidados paliativos. Pese a tratarse de un representante del tercer escalón, no se precisa receta de opiodes para su adquisición.

Existe una presentación en ampollas y comprimidos, pero la más conocida y utilizada son los parches. Hay parches de 35, 52,5 y 70 mcg/h, que al igual que los de fentanilo pueden partirse si se precisa para su dosificación.

Enfermería y el paciente terminal

No se trata de un medicamento de nueva creación, ya que es muy conocido y eficaz en el tratamiento del dolor crónico no oncológico. Sin embargo, para enfermos con cáncer la experiencia es poca y su eficacia no supera necesariamente a la de la morfina, la oxycodona o el fentanilo.

A dosis altas, puede antagonizar el efecto de la morfina o de otros agonistas, pero a dosis habituales se pueden utilizar rescates de morfina sin problema. La dosis máxima recomendada es de 3,6 mg al día. Este fármaco sí presenta techo analgésico.

El efecto del parche empieza a notarse entre las 16 y las 24 horas después de su colocación. Del mismo modo, en caso de retirarse, durante las 24 horas siguientes la sustancia sigue activa en el organismo.

En caso de insuficiencia renal o hepática no es necesario ajustar la dosis. El resto de cuidados, manejo, cambios y mantenimiento del parche son muy similares a los del fentanilo.

Metadona

La metadona es un opioide sintético, liposoluble, que tiene una aceptable absorción oral y sin metabolitos activos. Su uso en cuidados paliativos es prácticamente nulo como primera elección, pero sí es una elección válida en la rotación de opioides.

La rotación de opioides es el término médico que se emplea para describir el cambio de un fármaco que está provocando efectos adversos refractarios o de muy difícil control por otro analgésico capaz de controlar el síntoma sin esos efectos secundarios.

En cuidados paliativos se precisa rotar opioides con relativa frecuencia. En muchos casos esta necesidad viene provocada por el insuficiente control del dolor del analgésico que se está empleando, que no se mejora de forma significativa con el aumento de dosis. En el caso de la morfina, se calcula que entre un 10 y un 20% de los casos precisan una rotación a otro opioide.

La metadona es una de las opciones de rotación, al tratarse de un fármaco muy eficaz contra el dolor, con gran potencia analgésica, vida media larga y su bajo costo. Su principal problema es la variabilidad farmacocinética, que puede variar no ya de un paciente a otro, sino en el mismo enfermo, lo cual dificulta su dosificación y hace precisa de una vigilancia rigurosa.

Debido al estrecho control que requiere la rotación, ésta siempre se ha llevado a cabo en el ámbito hospitalario. Sin embargo, últimamente también se realiza en el domicilio por unidades de cuidados paliativos para minimizar el riesgo de efectos adversos graves como la depresión respiratoria.

Enfermería y el paciente terminal

El fármaco puede encontrarse en comprimidos 5, 30 y 40 mg o en ampollas de 10 mg

Para realizar la rotación de morfina a metadona, la Agency for Health Care Policy considera que 20 mg de morfina equivalen a 10 mg de metadona, mientras que la American Psychological Society eleva a 33 mg de morfina los equivalentes a los 10 de metadona.

Otra fórmula para la conversión, quizá la más utilizada en cuidados paliativos calculan la equivalencia según la dosis diaria de morfina siguiendo este esquema: si la dosis diaria de morfina oral está entre 30 y 90 mg, la dosis ratio de morfina a metadona es de 4:1; si está 90 y 300 mg, la dosis ratio sería de 8:1; si es mayor de 300 mg, la dosis ratio sería 12:1.

Capítulo XI: MANEJO INTEGRAL DE LA DISNEA

INTRODUCCIÓN

Se define la disnea como una percepción desagradable provocada por la falta de aire. Se trata, por tanto, de una sensación subjetiva que afecta hasta a un 80% de los moribundos en los últimos días de vida y a un 70% de los enfermos de cáncer de pulmón en el transcurso de su enfermedad.

En el resto de neoplasias avanzadas lo padecen aproximadamente la mitad de los pacientes. Como se puede comprobar por estas cifras, se trata de un problema muy frecuente en cuidados paliativos.

Además de su por su frecuencia, este síntoma está considerado uno de los más importantes por la angustia y la ansiedad que provoca tanto al enfermo como a las personas que le rodean y por su capacidad para limitar, dificultar o impedir cualquier otra actividad.

La primera reacción del organismo, cuando se ve alterada la mecánica del intercambio gaseoso, es activar ciertos mecanismos compensadores. Pero cuando las posibilidades de homeostasis se ven desbordadas, el enfermo siente la falta de aire y se produce la disnea.

Al contrario de lo que sucede con otras funciones orgánicas vitales, como por ejemplo el ritmo cardiaco, la respiración además del control autónomo que se ejerce sobre ella desde nuestro centro respiratorio, se puede alterar voluntariamente en su frecuencia y profundidad, pudiendo incluso permanecer en apnea durante un tiempo.

Esto es importante porque nos permite entrenar el control voluntario y controlar episodios de disnea provocados o agravados por el miedo, la ansiedad o algún tipo de emoción, como sucede en los episodios de crisis de pánico respiratorias.

Enfermería y el paciente terminal

Por consiguiente, vamos a abordar el tema de la disnea teniendo en cuenta tanto la importancia del síntoma, como las posibilidades de abordarlo complementando las medidas farmacológicas con otras que le permitan al enfermo controlar los factores voluntarios que están influyendo en su percepción de falta de aire.

LA DISNEA Y LAS CAUSAS QUE LA PROVOCAN

Son muchos los motivos que pueden esconderse detrás de una disnea y, por tanto, hay muchas formas distintas de agruparlas o de clasificarlas. Es muy frecuente hacerlo siguiendo el criterio del origen del síntoma: relacionado con el tumor, el tratamiento, el propio paciente o si está siendo provocado por cualquier otra causa diferente.

Entre las primeras causas, las provocadas por un tumor, se encuentran los derrames, tanto el pleural como el pericárdico, las obstrucciones de la vía aérea o la ocupación por la masa del parénquima pulmonar. Entre las segundas, las relacionadas con el tratamiento, se encuentran las fibrosis provocadas por radioterapia o las neumectomías.

Entre las terceras, las relacionadas con la situación del paciente, están las anemias, neumonías, atelectasias o trombolismos pulmonares. Entre las últimas, donde se agrupan otras causas, se incluyen la ansiedad, el EPOC, las valvulopatías, las insuficiencias o las fibrosis pulmonares.

Nosotros consideramos muy práctico agrupar las disneas en tres grupos: en el primero, las reversibles que responden a un tratamiento; en el segundo, las irreversibles; y en el tercero, las tratables, que a diferencia de las reversibles, responden a un tratamiento que mejora el síntoma, pero no desaparece.

A veces, en una disnea se entremezclan varias causas, algunas de las cuales pueden ser reversibles y otras no.

Entre las IRREVERSIBLES incluimos el propio tumor del enfermo o las metástasis pulmonares que al ocasionar una pérdida del tejido pulmonar o una obstrucción de los bronquios, limitan la capacidad respiratoria del enfermo. Incluimos también los tratamientos del tumor como neumectomías, lobectomías, quimio o radioterapias en regiones pulmonares o próximas a ellos.

Entre las irreversibles incluimos la debilidad extrema y el mal estado general del enfermo. Esto es muy común en las últimas etapas de la enfermedad, en las que el patrón respiratorio se caracteriza por una respiración superficial e ineficaz y por la incapacidad para movilizar y expulsar las flemas.

Enfermería y el paciente terminal

Entre las irreversibles incluimos la baja saturación del oxígeno en sangre. Esta disminución de la saturación también es característica en estadios avanzados de la enfermedad.

Entre las causas REVERSIBLES incluimos las infecciones respiratorias como, por ejemplo, una neumonía. Si la disnea está provocada por una infección pulmonar y ésta responde a un tratamiento antibiótico, se eliminará la causa y se revertirá el síntoma.

Entre las causas REVERSIBLES incluimos la anemia. Las pérdidas de sangre son relativamente frecuentes en estos enfermos. Algunos de ellos sufren anemias de forma periódica cuando la pérdida no es ocasional. En estos casos se puede solucionar el problema mediante tratamientos con hierro, EPO o, si fuera preciso, mediante una transfusión.

Entre las causas REVERSIBLES incluimos la trombosis o la embolia pulmonar. Pese a tratarse de situaciones potencialmente graves que pueden suponer el fallecimiento del enfermo, si se tratan y responden al tratamiento, la disnea provocada por ellas desaparecerá.

Entre las causas REVERSIBLES incluimos los derrames pleurales, que se pueden evacuar practicando una toracocentesis y un talcaje posterior si procede.

Entre las causas TRATABLES incluimos enfermedades pulmonares previas como fibrosis o EPOC, que responden y mejoran con tratamientos vía inhalatoria por medio de aerosoles o polvos. Es el caso del uso de broncodilatadores, oxigenoterapia o nebulizaciones.

Entre las causas TRATABLES incluimos las de origen cardiaco. Arritmias o insuficiencias cardiacas responden a tratamientos como los antiarrítmicos o los diuréticos.

LA DISNEA Y SU TRATAMIENTO

Siguiendo con la misma escala de valoración de los síntomas que hemos utilizado hasta ahora, si medimos la intensidad de la disnea con valores de 0 a 4, un grado 0 se correspondería con la ausencia del problema; el grado 1 equivaldría a una disnea de esfuerzo; el 2 a la disnea provocada por la simple actividad cotidiana; el 3 a la provocada por un esfuerzo o actividad mínima; y el 4 estaría describiendo la disnea en reposo.

Enfermería y el paciente terminal

Para tratar la disnea, en cualquiera de sus grados, tan importante como el uso de fármacos son otras medidas que disminuyan el miedo y la ansiedad del enfermo y que le enseñen a respirar de una forma más efectiva.

Recordemos que en la introducción del capítulo hacíamos referencia a la posibilidad de controlar voluntariamente la respiración, cosa que no sucede con el resto de funciones vitales del organismo. Esta peculiaridad del sistema respiratorio justifica la importancia de todas esas medidas no farmacológicas.

Medidas farmacológicas

En caso de que la disnea esté provocada por una causa reversible, lógicamente ha de ponerse el tratamiento correspondiente: si infección, antibiótico; si broncoespasmo, broncodilatadores; si insuficiencia cardiaca, diuréticos, digoxina y IECA; si anemia, transfusión; si hipoxemia, oxígeno terapia.

Exactamente lo mismo sucedería en las disneas con etiologías tratables en las que se emplearían diuréticos, antiarrítmicos, broncodilatadores, oxígeno o nebulizaciones en su alivio, según el caso, como se indicó anteriormente.

Sin embargo, cuando la disnea no encaja en ninguno de estos grupos, cuando está ocasionada por la extrema debilidad del enfermo, por el estadio avanzado de la enfermedad o por un tumor o una metástasis, el tratamiento de elección es la morfina.

Sí, la morfina es el fármaco más destacado, el más importante y fundamental en el tratamiento de la disnea. Se sabe que actúa sobre el centro respiratorio reduciendo la sensibilidad y la respuesta al aumento del anhídrido carbónico y a la disminución del oxígeno en sangre sin alterar la función pulmonar.

Se sabe, además, que tiene un efecto ansiolítico y que favorece la disminución del consumo de oxígeno y de la precarga. Por tanto, aunque se desconoce el mecanismo exacto por el que la morfina alivia la disnea, todos estos factores explican el porqué resulta tan efectiva para este síntoma.

Aunque se deben tener en consideración aspectos como la edad avanzada o la presencia de una insuficiencia renal, el principal factor a tener en cuenta para determinar la dosis adecuada es si ya está recibiendo un tratamiento de morfina para el dolor o no.

Un enfermo sin tratamiento previo de morfina, empezaría con dosis de 5 mg cada cuatro horas para aliviar su disnea. Si el paciente está caquéctico o es muy mayor, se puede reducir esta dosis a la mitad, es decir, 2,5 mg cada cuatro horas.

Enfermería y el paciente terminal

A pesar de que la vida media de la morfina es de cuatro horas, en los casos más leves de disnea se ha comprobado que se puede pautar la dosis correspondiente de morfina cada seis horas sin pérdida de efectividad. Probablemente se deba a metabolitos de la sustancia que permanecen activos y siguen actuando sobre el centro respiratorio.

Los rescates, en caso de exacerbación de la disnea, también serían de esa dosis: 2,5 mg.

Un enfermo con un tratamiento previo de morfina para su dolor, debería ver aumentada su dosis previa en un 50%. A modo de ejemplo, 60 gr de morfina/día pasarían a ser 90 gr/día.

Medidas de apoyo

Al ser un síntoma con un fuerte componente subjetivo y muy influenciado por las impresiones que recibe del entorno y de su propio cuerpo, las medidas de apoyo, psicológicas, posturales y ambientales tienen una gran relevancia en el bienestar y confort del enfermo.

Para él, es muy importante recibir la ayuda que precise en todas aquellas actividades que le provocan la disnea, evitar todas las que resulten innecesarias o podamos hacer por él, sustituirlas por otras o hacerlas de forma que se precise un esfuerzo menor o utilizar medios que las faciliten, como por ejemplo, una silla de ruedas para los desplazamientos.

Adoptar medidas preventivas del estreñimiento para que las deposiciones sean blandas y que no le exijan realizar un esfuerzo excesivo. Utilizar elevadores de baza para favorecer la postura. Usar pañales para evitar los desplazamientos.

Realizar los cambios necesarios en el entorno que faciliten los movimientos como adecuar la altura de la cama y sofás o poner el espejo del baño más bajo para que pueda asearse de sentado son algunos de los ejemplos de las distintas medidas que pueden ayudarle.

Medidas psicológicas

El miedo, la ansiedad, la inseguridad, la soledad y el nerviosismo provocan, acentúan o disparan la disnea. Cualquier medida que contribuya a reducir o eliminar estos factores resultará efectiva y será bienvenida.

Quizá la medida más importante es no dejarle solo en los momentos difíciles, en situaciones que puedan provocar una crisis o si ya se encuentra en plena

Enfermería y el paciente terminal

crisis respiratoria. En todos estos casos, como debe hacerse por la noche si le asusta la oscuridad en soledad, debemos permanecer junto a él.

Quien se encuentre a su lado, principalmente en situaciones de crisis respiratoria, ha de ser capaz de mantenerse tranquilo y de transmitirle esa tranquilidad tomando su mano y respirando frente a él con un ritmo normal.

Abrir ventanas y puertas, sentarlo, crear corrientes de aire, usar un abanico o acercarle un ventilador son algunas de las medidas que les proporcionan alivio en estos momentos críticos.

Enseñarle a respirar de una forma más eficaz o a relajarse concentrándose en su respiración son medidas muy eficaces para los momentos en los que el enfermo esté menos disneico.

Medidas posturales

La postura es fundamental. Si los músculos respiratorios, como el diafragma o los intercostales, tienen que soportar peso corporal, no podrán dedicarse plenamente a su función respiratoria y la disnea aumentará.

La mejor postura, la que más favorece la respiración, es sentar al enfermo en una silla o en un sofá. Y hacerlo correctamente, con el tronco erguido de forma que el peso corporal se desplace vertical hacia el asiento a través de la estructura ósea, que es la encargada de esta función, liberando completamente a los músculos respiratorios de esa tarea.

Colocar la silla o sofá junto a una ventana abierta le ayuda a respirar mejor. Del mismo modo, se puede adoptar cualquiera de las medidas psicológicas enumeradas anteriormente como crear corrientes de aire o ventilarle con el abanico o el ventilador. Cualquier medida complementaria es útil, pero la postura resulta fundamental.

En la cama se respira peor, pero ni todos los enfermos están en condiciones de estar sentados ni pueden pasar en una silla o sofá las veinticuatro horas del día. Por tanto, mantener una postura correcta en la cama también es muy importante.

Si el paciente siente que respira mejor con el tronco incorporado, hacerlo usando almohadas y cojines puede ser más eficaz que elevando la cabecera de la cama porque el enfermo se desliza a los pies y pierde la postura adecuada con facilidad.

Enfermería y el paciente terminal

Medidas ambientales

Si el enfermo se encuentra en un ambiente tranquilo, sin demasiada gente alrededor, con espacio suficiente, a una temperatura adecuada, sin demasiado calor ni ruidos ni ajetreo, respirará mejor.

Si el cuarto está ventilado, si corre el aire creando corrientes con las ventanas y puertas abiertas, si el aire está humidificado y no tiene ropa que le apriete ni mantas que le pesen, respirará mejor.

Si la habitación es amplia y tiene las ventanas grandes, si no está recargada con muebles o trastos innecesarios, si la cama está cerca de la ventana, respirará mejor.

EL PAPEL DE LA OXIGENOTERAPIA PARA EL ENFERMO TERMINAL

Enfermos terminales con disnea por causas ajenas a la enfermedad, como una insuficiencia cardiaca o un EPOC, suelen tener tratamientos con oxígeno prescritos antes de la patología actual para mejorar la tensión alveolar de oxígeno y disminuir el trabajo respiratorio. En estos casos, lógicamente, es recomendable mantener la oxigenoterapia.

Algunos enfermos terminales con disnea se sienten más seguros y perciben que respiran mejor con sus gafas de oxígeno en la nariz y el concentrador cerca de la cama. Suelen ser ellos mismos quienes lo piden si no lo tienen prescrito. En estos casos, lógicamente, se recomienda prescribir la oxigenoterapia.

Algunos enfermos, cuando la falta de aire no está provocada por un tumor, sus metástasis, debilidad extrema o estadio muy avanzado de la enfermedad, tienen un tipo de disnea que responde muy bien a la oxigenoterapia. En estos casos, lógicamente, se recomienda prescribir oxigenoterapia.

Sin embargo, la oxigenoterapia no está indicada necesariamente para la disnea en enfermos terminales. Se debe valorar cada caso concreto, pero en principio, un paciente con una dificultad respiratoria provocada directamente por la enfermedad o por su situación extrema no debería tener tratamiento de oxígeno. El tratamiento de elección es, recordamos, la morfina.

En estos casos, el oxígeno apenas mejora la disnea pero ocasiona molestias como tenerle sujeto a un cable, secar la boca y fosas nasales, aumentar el riesgo de candidiasis oral y de ligeras ulceraciones en la nariz, limitar la comunicación o crear incomodidad para la alimentación.

Capítulo X: MANEJO INTEGRAL DEL ESTREÑIMIENTO

INTRODUCCIÓN

El estreñimiento es un síntoma al que con frecuencia no se le da la importancia que tiene. Pese a provocar por sí mismo un gran malestar al enfermo, ser la causa de otros trastornos y del empeoramiento de muchos de los síntomas, no siempre se valora su importancia y con frecuencia se le trata como un síntoma menor.

Pero, además de estar infravalorado, el estreñimiento es un síntoma con frecuencia mal o infradiagnosticado que puede pasar desapercibido en el contexto de la visita médica si no se pregunta directamente por él.

Sin embargo, este síntoma es tan frecuente que lo sufre el 60% de los enfermos con debilidad extrema, entre un 70 y un 80% de los que se encuentran en situación de últimos días y entre un 80 y 90% de los que están siendo tratados con opiáceos.

El estreñimiento es un síntoma muy frecuente e importante en cuidados paliativos y el papel de enfermería en su prevención, control, manejo, educación y entrenamiento a la familia y cuidadores es esencial.

Se define estreñimiento como la incapacidad o dificultad para defecar en más del 25% de las ocasiones que se acude al baño o evacuar heces duras menos de tres veces por semana.

Esta definición tiene en cuenta la dificultad de establecer un patrón de normalidad, dado que cada persona tiene un hábito diferente. Pero, en cualquier caso, todo lo que signifique una dificultad para defecar, ya sea por la disminución de la frecuencia en las deposiciones o por la dureza de las heces se considera estreñimiento y debe ser tratado con rigor.

No, no es un síntoma menor, sino uno de los que más molestias provocan a los enfermos. Son múltiples los síntomas asociados al estreñimiento: dolor o molestia abdominal, vómitos, náuseas, flatulencias, disnea, anorexia, sensación

Enfermería y el paciente terminal

de plenitud, halitosis, cefalea, retención urinaria, confusión, malestar inespecífico, obstrucción, diarrea por sobreflujo o incontinencia urinaria.

Algunos de estos problemas, al ser poco específicos, se pueden achacar a otro motivo, de forma que síntomas como dolores o vómitos provocados por un estreñimiento se acaban tratando, infructuosamente, con analgésicos y antieméticos.

El estreñimiento requiere, por tanto, una atención primordial y rutinaria. Es uno de los síntomas que hemos de tener presentes, uno de los que han de estar escritos en nuestra hoja de control de síntomas y sobre los que hemos de preguntar directamente en cada una de nuestras visitas.

El estreñimiento es uno de los síntomas en los que la prevención, la educación para la salud, el entrenamiento del paciente y familia y el establecimiento de pautas adquieren mayor relevancia en cuidados paliativos.

EL ESTREÑIMIENTO Y LAS CAUSAS QUE LO PROVOCAN

Se pueden comprender mejor los motivos que provocan un estreñimiento conociendo cómo funciona el proceso de defecación fisiológico. Este proceso se compone de tres mecanismos: el peristaltismo, el reflejo de defecación y el balance hidroeléctrico.

Se denomina peristaltismo al movimiento en forma de onda capaz de desplazar en dirección a la ampolla fecal y de fragmentar el contenido intestinal. Este movimiento ondular está coordinado y controlado por el SN central, el autónomo, el medular y el entérico. En su modulación participan, además, varios neurotransmisores.

Mediante el balance hidroelectrolítico se segregan unos siete litros que son absorbidos en su mayoría a través de la mucosa. Tanto los electrolitos como el agua están controlados por el sistema colinérgico y el calcio intracelular.

El reflejo de defecación se produce por la excitación que provoca la llegada de las heces en los receptores de la pared de la ampolla rectal. Mediante este reflejo se relaja el esfínter anal interno y se contrae el externo para que pueda ser controlado voluntariamente.

En los casos de estreñimiento, cualquiera de estos tres mecanismos puede estar alterado. Dentro de las posibles causas del estreñimiento, éstas son las más frecuentes en los enfermos terminales:

Enfermería y el paciente terminal

EL TRATAMIENTO CON OPIOIDES Y OTROS FÁRMACOS

Estos tratamientos alteran los tres mecanismos fisiológicos de la defecación. Por una parte, incrementan el tiempo de tránsito y la distensión, inhibiendo la motilidad intestinal.

Por otra parte, aumentan la absorción de agua y electrolitos, además de disminuir la secreción pancreática, intestinal y biliar, con lo que alteran de forma significativa la secreción intestinal.

Finalmente, reducen la sensibilidad a la distensión, con lo que aumentan el tono de todos los esfínteres del aparato digestivo, incluido, por supuesto, el anal, reduciendo por tanto el reflejo de defecación.

Además de los opioides, hay otros muchos fármacos capaces de producir estreñimiento. Entre los más importantes y los más usados con estos enfermos podemos destacar el hierro, los antieméticos como el ondansetrón, los diuréticos o los antidepresivos.

LA DEBILIDAD Y OTROS MOTIVOS GENERALES

La debilidad es, junto con los tratamientos con opiáceos, el origen más frecuente del estreñimiento en estos pacientes. Esto es especialmente importante en las últimas etapas de la enfermedad, cuando el enfermo es incapaz de realizar el esfuerzo necesario para hacer de cuerpo.

Además de la debilidad, en algunos casos extrema, hay otros factores más generales, que suelen estar detrás de un estreñimiento en los enfermos terminales. Entre estos factores podríamos enumerar la escasa ingesta de líquidos, una alimentación pobre en fibra y un estado anímico bajo.

Otros factores implicados pueden ser la falta de movimiento y, sobre todo, el encamamiento que obliga a hacer la deposición en posturas incómodas y poco fisiológicas y, generalmente, en un entorno inadecuado y sin la privacidad necesaria.

CAUSAS DIRECTAS

A veces el enfermo no hace de cuerpo sencillamente porque no puede, por ejemplo, porque tiene una obstrucción intestinal, porque una masa tumoral impide el tránsito o por una fibrosis provocada por un tratamiento de radioterapia. Por este motivo, en caso de estreñimiento se debe descartar que alguna de estas causas lo esté provocando.

Enfermería y el paciente terminal

En otros casos el enfermo se estriñe porque hacer de cuerpo le resulta doloroso. Esta es una causa muy frecuente. Puede tratarse de un dolor generalizado con mal control o un dolor localizado provocado por una fisura, hemorroides o abscesos, pero en cualquier caso el enfermo termina reprimiendo el reflejo de defecación por miedo al dolor.

CAUSAS METABÓLICAS O NEUROLÓGICAS

Cualquier alteración del sistema nervioso simpático o parasimpático que sufra el paciente, un tumor cerebral, una compresión medular o una infiltración de los nervios sacros pueden ser el origen de un estreñimiento al afectar a los distintos sistemas neurológicos que participan en el peristaltismo.

Del mismo modo, lo pueden provocar enfermedades metabólicas como una deshidratación, una hipopotasemia, una hipercalcemia o un hipotiroidismo por su capacidad para alterar el balance hídrico.

EL ESTREÑIMIENTO Y SU TRATAMIENTO

El objetivo a conseguir con el tratamiento, además de lograr cierta regularidad y frecuencia, es que el enfermo pueda defecar sin esfuerzo, molestias ni dolor. Para lograrlo es preciso actuar siguiendo pautas preestablecidas y controlando la evolución en la hoja de control de síntomas.

Al igual que hacemos con el resto de síntomas, para medir la intensidad del problema se utilizan las escalas de valoración.

En el caso del estreñimiento, en una escala del 0 al 4, el grado 0 se asignaría a un enfermo con una pauta de defecación normal; el grado 1, significaría que el paciente ya tiene una sensación subjetiva de dificultad para defecar; el grado 2, serviría para designar que lleva dos días sin hacer de cuerpo; el 3, si son tres o más días; y el 4, si es preciso poner un enema o realizar una extracción manual.

El estreñimiento debe tratarse de forma rigurosa y enérgica. No hay tiempo que perder porque cada día que pasa sin hacer de cuerpo la intensidad del problema aumenta, ya que las heces siguen perdiendo líquido y, por tanto, aumentando su dureza; y porque, al aumentar el volumen y la dureza de las heces acumuladas, empeoran también todas las complicaciones asociadas.

Enfermería y el paciente terminal

Principios básicos en el manejo y prevención del estreñimiento

Siempre que se inicie un tratamiento con mórnicos, se ha de prescribir simultáneamente otro para el estreñimiento. Si no se hace, el enfermo tarde o temprano se va a estreñir.

Para los profesionales resulta mucho más sencillo prevenir el problema que tratarlo una vez instaurado. Para el enfermo significa evitarse incomodidades y problemas innecesarios.

Cuando el estreñimiento está provocado por los mórnicos, el aumento en la ingesta de fibra es contraproducente. Esta medida tan eficaz en otros tipos de estreñimiento, en este caso debe evitarse porque la fibra aumenta la masa fecal, pero al tener la motilidad intestinal reducida, se acumula un mayor volumen de heces en el tracto intestinal con el consiguiente aumento del malestar.

Los laxantes son imprescindibles en el tratamiento del estreñimiento provocado por opioides. Cualquier otra medida puede complementarlos pero en ningún caso sustituirlos. Por tanto, las medidas no farmacológicas pueden ayudar, pero por sí solas resultan ineficaces.

Para lograr un buen control de síntomas es preciso poner un tratamiento pautado y diario, con instrucciones por escrito para que el enfermo y la familia sepan cuándo y cuánto aumentar o disminuir la dosis según la situación en cada momento.

El tratamiento preventivo debe prolongarse durante todo el tiempo que el enfermo esté tomando opioides. En caso de que las heces sean muy blandas y haga de cuerpo más de una vez al día, se recomienda disminuir la dosis de laxante, no retirar el tratamiento.

Medidas farmacológicas

El tratamiento farmacológico para el estreñimiento se basa en el uso de laxantes. Los laxantes se agrupan principalmente en cuatro familias.

Los formadores de bolo, como el salvado o la metilcelulosa, estimulan el peristaltismo mediante la retención de líquidos y el aumento de la masa fecal. Producen flatulencia y están contraindicados en pacientes con obstrucción o impactación.

Enfermería y el paciente terminal

Los lubricantes como la parafina, disminuyen la tensión superficial de las heces con lo que los líquidos intestinales las ablandan y penetran con mayor facilidad. Estarían especialmente indicados en casos de suboclusión.

Los osmóticos, como la lactulosa o el lactitol, ayudan a retener líquidos por ósmosis, es decir, atraen líquido hacia la masa fecal para reblandecer las heces. Son los más utilizados. Mejoran su acción con una ingesta hídrica suficiente.

Los estimulantes, como los senósidos, estimulan directamente la motilidad. Son, en principio, los más agresivos y pueden producir dolor tipo cólico.

El laxante que se administre dependerá de la etiología y del tipo de estreñimiento. En principio, para heces duras estaría indicado un laxante suavizador y para heces blandas uno estimulador. Si el enfermo toma opioides, se pueden asociar ambos tipos.

Además de los laxantes orales, en ocasiones es necesario tomar medidas rectales, administrando enemas o supositorios. También existen cuatro familias:

Los lubricantes rectales, como el supositorio de glicerina, son muy adecuados cuando la ampolla fecal está llena de heces duras.

Los salinos, como los enemas fosfatos, además de ablandar las heces, estimulan el peristaltismo. Son útiles en caso de sospecha de heces por encima del recto, después de poner un enema lubricante rectal como aceite de oliva, se aplica otro de fosfatos mediante sonda rectal.

Los osmóticos rectales, los enemas de lactulosa, y los estimulantes son los dos restantes.

Los laxantes rectales son la alternativa a la vía oral cuando ésta, por el motivo que sea, no se pueda utilizar, no resulte efectiva o no sea del agrado del enfermo.

Medidas generales sobre comodidad e intimidad

Hacer de cuerpo es una actividad fisiológica cotidiana que requiere un lugar adecuado, una postura cómoda y un mínimo de intimidad. Quizá antes de comenzar este apartado deberíamos hacernos nosotros mismos algunas preguntas: ¿nos resulta igual de fácil hacer de cuerpo en el baño si tenemos una persona al lado observándonos?

Enfermería y el paciente terminal

¿Lo haríamos en una bacinilla en la cama igual que sentados en una baza?
¿Lo haríamos en un pañal con la misma facilidad? Una vez que hayamos reflexionado sobre esto, podremos comprender algunas de las siguientes medidas ambientales y generales.

Recordemos que cada persona tiene su ritmo, su hora y su rutina. Intentemos establecer un hábito que se adapte en lo posible a la rutina del enfermo.

Recordemos que reprimir el reflejo de defecación es una de las causas del estreñimiento. Intentemos actuar a tiempo cuando sienta ganas de hacer de cuerpo y facilitar una evacuación sencilla, no dolorosa, como sucede cuando tiene hemorroides o las heces demasiado duras.

Recordemos que el baño es el lugar más adecuado. Intentemos llevarle allí siempre que sea posible, acompañándole caminando o en silla de ruedas. Una alternativa para evitar la cama es tener junto a ésta una silla geriátrica con bacinilla.

Recordemos la importancia de la intimidad en estos momentos. Intentemos dejarle solo si no es absolutamente necesario permanecer junto a él. Por seguridad se puede dejar la puerta ligeramente entreabierta y quedarse fuera.

Recordemos que la incomodidad dificulta enormemente la defecación. Intentemos facilitarle una postura fisiológica, estable y cómoda. Una buena ayuda son los elevadores de baza con reposabrazos que aportan confort y seguridad.

Recordemos que el pañal puede ser una alternativa muy útil para ciertos pacientes. Intentemos plantearles esa opción a aquellos que tengan serias dificultades para levantarse, se encuentren muy débiles o tengan algún tipo de incontinencia.

Medidas generales dietéticas y físicas

El objetivo de estas medidas es compensar la pérdida de motilidad y la dureza de las heces.

Algunas, como la ingesta suficiente de líquidos para reblandecer las heces o la actividad física moderada dentro de las posibilidades del paciente resultan eficaces siempre, independientemente de la etiología del estreñimiento. La única limitación es la capacidad del enfermo.

Enfermería y el paciente terminal

Otras, como las dietas ricas en fibra, no están indicadas si el origen del estreñimiento es un tratamiento con opioides. Si está provocado por otra causa, el aumento de fibra en las comidas sí resulta efectivo.

Medidas preventivas. La pauta de los tres días

Como se ha indicado anteriormente, de forma simultánea al tratamiento con opiáceos se debe prescribir otro para prevenir el estreñimiento. A continuación vamos a transcribir una pauta preventiva muy eficaz que establece la frontera máxima de los tres días sin defecar.

La base de esta pauta es un laxante oral osmótico como la lactulosa (Duphalac).

El primer día se empieza con un sobre o una cucharada al día. Esta cantidad se puede ir aumentando progresivamente hasta un máximo de 6 al día si persiste el estreñimiento. También se puede ir disminuyendo si se precisa, pero sin retirarlo del todo. En otras palabras el mínimo de sobres es uno, no cero.

Cuando la lactulosa no resulta eficaz como tratamiento base, se puede cambiar por macropol (movicol), otro laxante osmótico muy efectivo y con buena tolerancia. La pauta sería la misma que con la lactulosa.

Suele resultar eficaz combinar estos laxantes con otro rectal lubricante como el supositorio de glicerina. De esta forma, provocaremos, por una parte, un reblandecimiento de las heces y, por otra, una estimulación y lubricación locales.

Al segundo día, si persiste el estreñimiento, además de las medidas con lubricantes osmóticos y supositorio de glicerina, añadimos un microenema rectal (micralax).

Al tercer día sin deposición, a las medidas anteriores le sumamos un enema con sonda rectal, que si resultara insuficiente, se complementarían con una extracción manual.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD A ENFERMO Y CUIDADOR PRINCIPAL

Entrenamiento: instrucciones para la colocación de un enema

El entrenamiento en distintas técnicas, movilizaciones o procedimientos es una de las principales facetas de la educación para la salud en estos enfermos. Un buen ejemplo, en el caso del estreñimiento, serían las indicaciones que se

Enfermería y el paciente terminal

precisan para la colocación de un enema, que en principio son las mismas que las que se corresponderían para el microenema.

A continuación os describimos un ejemplo de la información que se podría transmitir al cuidador principal encargado de hacerlo en el contexto de los cuidados domiciliarios.

- 1.- Calentar el enema en baño María hasta alcanzar unos 35°, temperatura que se corresponde con la corporal.
- 2.- Colocar un empapador sobre la cama para evitar que se empape o se ensucie.
- 3.- Recostarlo sobre el lado izquierdo, por anatomía del aparato digestivo, con las piernas flexionadas. Si no tolera esa postura, se puede hacer boca arriba manteniendo la flexión de piernas.
- 4.- Protegerse la mano con uno o dos guantes y poner lubricante o vaselina primero en la parte externa y posteriormente en la interna del recto con movimientos circulares que favorezcan la relajación del esfínter.
- 5.- Lubricar la punta del enema, introducir todo el cuello del recipiente por el orificio y apretar el tubo hasta vaciarlo. La extracción del recipiente debe hacerse sin dejar de apretarlo para evitar que se reabsorba parte del contenido.
- 6.- Pedirle al enfermo que intente aguantar en lo posible antes de ir al baño, para aumentar el reblandecimiento de las heces y, de este modo, favorecer la deposición.

Aclarando los errores más frecuentes

Todas las medidas descritas hasta ahora, tanto las relativas a la comodidad e intimidad, como las dietéticas o las farmacológicas, forman parte de la información que hemos de transmitir al enfermo y su familia en nuestra función de educación para la salud.

Ahora vamos a completarlo, aclarándoles los errores más frecuentes que hemos detectado en los conocimientos e informaciones previas que tanto pacientes como familiares suelen tener respecto al estreñimiento.

Un error frecuente es creer que si come muy poco, es normal que no haga de cuerpo. Hemos de explicarles que aunque no comiera nada, debería hacer de cuerpo con la misma frecuencia, aunque menos cantidad, porque una porción considerable de las heces es producto de la descamación del propio intestino.

Un error frecuente es creer que si toda la vida ha ido al baño con regularidad, ahora no va a ser diferente. Hemos de explicarles que si está siendo tratado

Enfermería y el paciente terminal

con opioides y no se toman medidas preventivas, se va a estreñir con casi total seguridad, independientemente de su ritmo previo, aunque ciertamente si éste era regular, puede ayudarle a que el laxante funcione mejor.

Un error frecuente es dejar el tratamiento base porque está haciendo heces blandas. Hemos de explicarles que si la deposición es demasiado blanda o demasiado frecuente, se ha de bajar la dosis, a razón de un sobre al día, pero no retirarlos completamente. Si lo hacen, se volverá a estreñir.

Un error frecuente es considerar que una deposición líquida en el contexto de un estreñimiento pertinaz significa que ahora está descompuesto. Hemos de explicarles que en esta situación se debe descartar la presencia de un fecaloma que estaría provocando una pseudodiarrea.

Capítulo XI: MANEJO INTEGRAL DE LA BOCA

INTRODUCCIÓN. XEROSTOMÍA Y MICOSIS

Los trastornos en la cavidad bucal son muy variados y frecuentes, pero el más importante de todos ellos quizá sea la xerostomía o boca seca. Y lo es, no por su gravedad, sino por tratarse de uno de los síntomas más frecuentes de todos cuantos sufren estos pacientes y por ser el principal caldo de cultivo, el origen, de la mayoría del resto de problemas en la boca.

En la xerostomía puede verse alterada tanto la cantidad como la calidad de la saliva, aunque a veces, al tratarse de una percepción subjetiva, no siempre se detecta una reducción de la producción salivar.

La mayor parte de la saliva se secreta en las glándulas parótidas, submaxilares y sublinguales. En las glándulas de la mucosa bucal y faríngea sólo se produce aproximadamente un 10% de la saliva total.

La composición de la saliva permite realizar funciones muy diversas. Es conocida su función digestiva en la formación del bolo alimenticio y su posterior deglución, pero también ejerce una función lubricante y otra inmunológica.

Esto explica que un enfermo con un trastorno de xerostomía tenga, además de una dificultad mayor para deglutir, problemas para la comunicación hablada y una predisposición mayor a las infecciones.

Sensación permanente de sed, pérdida de sabor de los alimentos, dolor o dificultad para deglutir los alimentos o tragar saliva, mal sabor de boca, halitosis, torpeza para hablar, lengua torpe y pastosa son trastornos que acompañan a una boca seca.

Enfermería y el paciente terminal

Pero, a estos trastornos hay que sumar la pérdida de la función inmunológica que propicia el caldo de cultivo perfecto para las infecciones de hongos, las micosis.

La micosis de la mucosa bucal no hace otra cosa que empeorar la situación previa. La sensación de sed permanente se agudiza y no se calma con la ingesta de líquidos. La lengua está más torpe y más pastosa y la dificultad para hablar, comer o tragar es aún mayor.

Todo ello suele provocar una pérdida de la autoestima del enfermo que, consciente de su mal aliento, no se acerca a su interlocutor, no besa al nieto, se tapa la boca al hablar o incluso se muestra reticente a enseñar su boca a los profesionales.

Los problemas de boca no revisten gravedad pero tampoco son síntomas menores, al contrario, son trastornos que ejercen una gran influencia en el bienestar y calidad de vida del enfermo. Por tanto, se debe examinar la boca de forma rutinaria en cada visita, prevenir la xerostomía y tratar cualquier trastorno que se detecte.

LA XEROSTOMÍA Y LAS CAUSAS QUE LA PROVOCAN

El tronco y la protuberancia son los centros salivares, que reciben información a través de aferencias centrales tan diversas como la vista, el miedo, el descanso, el gusto o el olor y de otras periféricas como las estimulaciones en boca, faringe o esófago.

Un sistema tan complejo puede verse alterado en cualquiera de sus mecanismos y modificar la producción de la saliva en calidad y cantidad. La alteración puede estar provocada por un estado emocional, una reducción de la secreción, un cambio en la mucosa oral o por una causa externa como puede ser un fármaco. Estas son algunas de las causas:

Puesto que ya los hemos mencionado anteriormente, vamos a empezar por uno de los orígenes más frecuentes, los fármacos. Tratamientos tan habituales en estos enfermos como los mórficos, antibióticos, corticoides, haloperidol o la furosemida pueden provocar la sequedad de boca.

Otros tratamientos médicos tan frecuentes y necesarios en enfermos con neoplasias como la radioterapia, si la radiación tiene lugar en regiones vecinas o en la propia boca o la quimioterapia, tienen un gran potencial para alterar, irritar, lesionar y dañar la mucosa bucal.

Enfermería y el paciente terminal

La inmunodepresión, generalmente asociada a un mal estado general por encontrarse el enfermo bajo los efectos de un tratamiento inmunosupresor o por el deterioro generalizado provocado por la propia enfermedad, facilita la aparición de infecciones oportunistas como la micosis.

Otros factores pueden estar implicados en la sequedad de la boca. Entre éstos, podríamos destacar la pérdida de la respiración nasal, muy característica en la fase preagónica y en la agonía, la limitación o imposibilidad para la ingesta de alimentos y líquidos por boca o trastornos locales provocados directamente por la propia enfermedad.

LA XEROSTOMÍA Y SU TRATAMIENTO

Como se ha hecho con otros síntomas, para tratar de objetivar y valorar la intensidad del problema, para la xerostomía emplearemos también la escala numérica del 0 al 4. Además de medir la intensidad del síntoma, sería preciso evaluar si la glándula está o no funcional.

En el primer caso, si no ha perdido la funcionalidad, se trataría de estimularla o de tratar la causa que la está bloqueando. En el segundo caso, si la glándula no mantiene su funcionalidad, el tratamiento se basaría en sustituir la ausencia de saliva por otra artificial.

Medidas preventivas

Con estos enfermos se deben usar todas las medidas posibles de limpieza e hidratación de la mucosa bucal. Medidas como limpiar la boca al menos dos veces al día y no emplear antisépticos orales que contengan alcohol, porque el alcohol reseca la mucosa.

Además del cepillado de dientes se deben adoptar otras medidas como limpiar también las fosas nasales, para facilitarles la respiración nasal; ofrecerles el líquido que permita su estado; evitar bebidas azucaradas; preparar una infusión de manzanilla con limón y realizar enjuagues durante el día; emplear preparados farmacéuticos como salivas artificiales e hidratar los labios con cremas hidratantes o cacao.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA MICOSIS ORAL

El mejor tratamiento de los hongos en la boca es su prevención mediante las medidas de hidratación y limpieza descritas anteriormente. No obstante, aunque una prevención adecuada reduce en un alto porcentaje las posibilidades de micosis, no las elimina por completo.

Enfermería y el paciente terminal

En caso de que finalmente el enfermo tenga hongos en su boca, existen dos tipos de tratamiento básicos: el local y el sistémico.

El fármaco de elección para el tratamiento local es la nistatina (mycostatin). Este compuesto en forma de jarabe se administra cada seis horas durante un periodo de dos semanas. En pacientes débiles o bajo tratamiento, se recomienda, una vez transcurridas esas dos semanas, mantener una dosis de mantenimiento de tres enjuagues al día.

Un tratamiento local que sirve como alternativa a la nistatina es el ketonazol (daktarin), un gel oral con una textura y sabor que a algunos enfermos les resulta más agradable y tolerable.

El fármaco de elección para el tratamiento sistémico es el fluconazol a dosis de 100 mg diarios entre 7 y 10 días, o de 50 mg diarios durante una o dos semanas, principalmente como tratamiento profiláctico o en casos leves durante más tiempo, pudiendo darse de forma indefinida.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD A ENFERMO Y FAMILIA

La información más importante es la relativa al tratamiento local con nistatina. Cuidador principal y paciente han de comprender que este fármaco actúa por contacto por lo que el objetivo a conseguir es que permanezca el mayor tiempo posible en la boca.

Para lograr este objetivo es conveniente poner el tratamiento después de las comidas, tras haberse limpiado y aclarado la boca convenientemente. Es importante enjuagar bien toda la boca y tragarse el contenido posteriormente para que actúe también contra los hongos de la región laringofaríngea.

A efectos de prolongar su tiempo de acción, se recomienda retrasar entre media y una hora la ingesta de sólidos o líquidos tras el enjuague. También pueden prepararse cubitos de nistatina helada con un depresor en la nevera y tomarlos durante el día como si se tratara de un helado.

En caso de dentadura postiza conviene dejarla por la noche en un vaso sumergida en nistatina.

TRATAMIENTO PARA ELIMINAR COSTRAS

El primer paso para eliminar las costras o la suciedad muy enraizada en la boca consiste en ablandarlas previamente a su extracción.

Enfermería y el paciente terminal

Una mezcla de tres partes de agua y una de agua oxigenada para limpiar las costras mojándolas mediante una torunda empapada en ellas resulta muy eficaz.

Una alternativa que puede tener una eficacia muy similar a la anterior, pero más tolerable y agradable para la boca consiste en empapar la torunda en un vaso de agua en el que se ha disuelto previamente un comprimido de vitamina C.

TRATAMIENTO PARA LA BOCA SANGRANTE

La sangre en la boca es una fuente de mal olor y de mal sabor. Tomar líquidos fríos o helados es una de las medidas más eficaces contra el sangrado de boca. Tanto trocitos de hielo, como los helados o las bebidas frescas pueden servir para tratarlo.

Cepillarse la boca con suavidad y empleando un cepillo con las púas suaves, para evitar provocar el sangrado o enjuagues de agua mezclada al 50% con agua oxigenada para frenarlo si ya se ha producido, también son medidas adecuadas.

TRATAMIENTO PARA LA BOCA SENSIBLE Y DOLORIDA

El tratamiento analgésico sistémico es eficaz contra la boca dolorida. Sin embargo, también existen medidas locales para combatir esta molestia que condiciona acciones fisiológicas tan habituales y cotidianas como tragar saliva, comida o para hablar.

Al igual que sucedía con el tratamiento de la boca ensangrentada, el frío también es un buen anestésico local. Los enjuagues con infusión de manzanilla son muy eficaces porque aprovechan la acción analgésica de este producto.

La lidocaína es el fármaco de elección por su eficacia en el control del dolor a nivel de mucosas. Si el enfermo tiene dolor al tragar la comida, se puede aplicar este anestésico local una media hora antes.

Capítulo XII: MANEJO INTEGRAL DEL VÓMITO

INTRODUCCIÓN

El proceso fisiológico que culmina en el vómito se produce en tres etapas distintas. En una primera fase inicial denominada de preeyección predominan las náuseas acompañadas de hipersalivación, palidez y sudoración. Podríamos definir las náuseas como una sensación molesta que anuncia la necesidad de vomitar de forma inminente y que tiene lugar en el tracto digestivo superior.

En la segunda etapa, la eyección, se producen unos movimientos rítmicos y espasmódicos del diafragma y de la musculatura intercostal denominados arcadas que desembocan en el vómito. La arcada no es en sí un movimiento expulsivo.

Su objetivo es crear una presión negativa para succionar el contenido a expulsar. La expulsión posterior forzosa del contenido gástrico, el vómito, se produce simultáneamente al cierre reflejo de la glotis, para evitar que éste se introduzca en la vía respiratoria.

En la tercera etapa, la posteyección, se recupera en parte la normalidad a nivel gástrico pero el enfermo queda exhausto por el esfuerzo que supone todo el proceso.

Las náuseas son ligeramente más frecuentes que los vómitos puesto que no toda sensación nauseabunda termina en expulsión del contenido gástrico. En las últimas seis semanas de vida se estima que las primeras se presentan en un 40% de los casos y los vómitos en un 32%. Sin embargo, en el global de la enfermedad en el enfermo oncológico la frecuencia alcanza un 60%.

En cada una de las tres etapas del proceso, el bienestar del enfermo se ve seriamente afectado: la sensación nauseabunda no le permite realizar, concentrarse ni disfrutar de ninguna actividad; el vómito en sí, es muy

Enfermería y el paciente terminal

desagradable y centraliza toda la atención en él; y en la postyección, el agotamiento, el mal sabor de boca, el olor, la sudoración por todo el cuerpo adquieren todo el protagonismo.

Además del malestar generalizado, el vómito genera otros problemas que pueden llegar a revestir gravedad. El más grave potencialmente de ellos es la neumonía por aspiración. A pesar de que se produce un cierre reflejo de la glotis para impedirlo, en ocasiones éste es insuficiente o tardío y el contenido gástrico alcanza los pulmones.

El vómito puede provocar: dolor muscular, sobre todo a nivel abdominal y torácico; pérdida de apetito, miedo a la ingesta y expulsión de la medicación que el enfermo hubiera tomado previamente, con el consiguiente descontrol sintomatológico que ello acarrea.

Además, puede causar dificultad para la respiración normal, principalmente si se asocia a una disnea previa; deshidratación, por la pérdida de líquidos y otros trastornos ocasionados por la descompensación del número de iones y trastornos como hipopotasemia, alcalosis, acidosis, oliguria o azotemia.

EL VÓMITO Y LAS CAUSAS QUE LO PROVOCAN

Las náuseas, arcadas y vómitos son una respuesta refleja del organismo a estímulos de muy diversa naturaleza que pueden estar relacionados con la enfermedad que padece el enfermo o con los tratamientos a los que está siendo sometido.

Este mecanismo reflejo es muy complejo y está regulado por el centro de vómito y la zona gatillo de la emesis, ambos localizados en el sistema nervioso central.

El centro de vómito, formado por una red compleja de neuronas interconectadas, integra tanto los estímulos aferentes de activación como las vías motoras que ejecutan el vómito.

Los quimiorreceptores periféricos, localizados principalmente en el aparato digestivo, transmiten sus estímulos al centro de vómito por las vías vagales. Pero el centro de vómito también está conectado con los quimiorreceptores del vómito, del tálamo, del hipotálamo y del sistema vestibular.

Enfermería y el paciente terminal

La zona gatillo es el centro quimiorreceptor de la emesis. Se activa por estímulos endógenos, como las alteraciones metabólicas, y por estímulos exógenos, como la quimioterapia, opioides o el consumo de otros fármacos.

El vómito puede tener su origen en una estimulación directa del centro del vómito o de la zona gatillo, pero la estimulación también puede haberse ejercido en las vías vagales, en el oído interno y medio o en estructuras cerebrales superiores.

Son múltiples las causas con potencial para desencadenar la cascada de mecanismos reflejos que desembocan en el vómito y pueden hacerlo estimulando cualquiera de esas cinco estructuras corporales relacionadas con la emesis.

A continuación vamos a enumerar las más frecuentes, agrupándolas según la zona donde ejercen su estímulo porque según cuál sea la estructura más directamente estimulada, responderá mejor a un tratamiento o a otro.

La estimulación directa del centro del vómito puede estar provocada por cualquier proceso expansivo intracraneal. En estos enfermos son frecuentes los tumores o las metástasis cerebrales, pero también las infecciones o carcinomatosis que producen una irritación meníngea o tratamientos como la radioterapia cerebral.

La estimulación del centro quimiorreceptor o zona gatillo, en este tipo de pacientes suele estar provocada por los opioides o incluso los antibióticos. Sin embargo, también puede deberse a alteraciones metabólicas como hipercalcemias, hiponatremias, hipopotasemias o insuficiencias renales.

La estimulación de las vías vagales puede deberse a un estreñimiento, una distensión gástrica, intestinal o de la cápsula hepática, a la irritación de la mucosa digestiva provocada por fármacos gastrolesivos, infecciones o tratamientos de radioterapia en regiones próximas. Una compresión gástrica externa, una irritación peritoneal o incluso un acceso de tos también pueden afectar a nivel vagal.

La estimulación del oído medio interno y medio pueden ejercerla ciertos fármacos, infiltraciones tumorales y fundamentalmente infecciones localizadas en esa región.

La estimulación de las estructuras cerebrales superiores la ejercen sobre todo factores anímicos y psicológicos como el estrés, el miedo o la ansiedad.

EL VÓMITO Y SU TRATAMIENTO

En el proceso de evaluación previo al abordaje terapéutico se ha de medir y registrar el grado de intensidad del síntoma.

Siguiendo con la escala de 0 a 4, una emesis de grado 0 significa que el enfermo no tiene ese problema; el grado 1, indica la presencia de náuseas; en el 2, ya han hecho acto de presencia, de forma esporádica, los vómitos; en el 3, nos encontramos con vómitos continuados; y en el 4, incoercibles.

Para elegir el tratamiento antiemético más adecuado es recomendable seguir la secuencia: en un primer paso, se trata de identificar las posibles causas; posteriormente, se busca la vía por la que actúan para desencadenar el vómito; después, se intenta localizar el receptor para, finalmente, prescribir el fármaco más adecuado para ese receptor concreto.

Medidas preventivas y generales

Irán enfocadas a detectar causas potenciales del vómito, dietéticas, ambientales, psicológicas o de otro tipo y a evitarlas en lo posible.

Sabemos que el estreñimiento puede desencadenar el vómito, por tanto se deben aplicar con rigor las pautas de prevención que se analizan en el capítulo correspondiente para conseguir que en ningún caso el enfermo llegue a los cuatro días sin haber hecho de cuerpo.

Sabemos que los alimentos pueden desencadenar el vómito, por tanto se deben evitar todos aquellos sabores, olores, temperaturas o texturas que a cada enfermo concreto le produzcan la sensación nauseabunda.

Del mismo modo, se han de evitar las comidas copiosas y excesivamente grasientas, priorizando en su lugar pequeñas cantidades, varias veces al día y alimentos ligeros fácilmente digeribles.

Sabemos que los fármacos pueden desencadenar el vómito, por tanto se deben buscar alternativas, si las hubiese, a aquellos con mayor potencial emético y, si no fuera posible, prescribir al mismo tiempo un tratamiento que lo neutralice.

Recordar que entre los medicamentos emetogénicos más frecuentes se encuentran las quimioterapias antineoplásicas, los corticoides, la digoxina, el hierro y la aspirina.

Enfermería y el paciente terminal

Sabemos que la compresión extrínseca sobre las vías vagales puede desencadenar el vómito, por tanto hemos de evitar cualquier opresión, presión o postura que lo provoque.

Sabemos que el dolor, el miedo, el estrés o la angustia pueden desencadenar el vómito estimulando directamente las estructuras cerebrales superiores. Todas las medidas encaminadas al control riguroso del dolor y aquellas otras que favorezcan un ambiente relajado y agradable, la comunicación con el enfermo y que le ayuden a perder el miedo, la ansiedad o la angustia tendrán efectos beneficiosos para él.

Medidas farmacológicas

Al diagnóstico etiológico le sigue la actuación correspondiente. Si se trata de una causa reversible, se ha de abordar de la forma más adecuada posible: si estreñimiento, laxantes; si gastritis, protectores gástricos como el omeprazol; si lesiones expansivas, radioterapia y, o, corticoides; si infección, antibióticos; si hipercalcemia, bifosfatos.

Si la causa no es reversible, el tratamiento será sintomático pero diferente según el receptor sobre el que se está ejerciendo el estímulo, porque cada uno de ellos responde mejor a uno u otro fármaco.

En general, se puede afirmar que las náuseas y vómitos provocados por la estimulación vagal, los de origen periférico, responden bien a dosis de 5 ó 10 mg cada 6 ó 8 horas de metoclopramida (primperan). Este procinético con acción antidopaminérgica se debe administrar media hora antes de las comidas si el síntoma se relaciona con la ingestas.

El primperan se puede administrar por vía subcutánea, a la misma dosis que por la oral. Ésta es una alternativa muy útil si el enfermo no puede tragar, si los comprimidos no consiguen controlar el síntoma o cuando la posible pérdida del fármaco durante el vómito compromete su eficacia.

Sin embargo, las náuseas y vómitos provocados por una estimulación del centro quimiorreceptor responden mejor al haloperidol. Este fármaco es un neuroléptico que actúa sobre los receptores D2 del centro de vómito y la zona gatillo. Las ampollas pueden utilizarse por vía subcutánea. También existen presentaciones en comprimidos y en solución.

Finalmente, cuando se produce una estimulación directa del centro del vómito del sistema nervioso central, normalmente provocado por una ocupación de espacio, la dexametasona es el fármaco de elección.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD A ENFERMO Y FAMILIARES

A la familia más directa y al cuidador principal, además del manejo de los fármacos que se le prescriba y toda la información expuesta en el apartado sobre las medidas no farmacológicas, se les debe formar y educar en la actuación más conveniente durante el vómito para evitar aspiraciones y proporcionarle el confort que requiere, después del vómito.

Indicarles que DURANTE EL VÓMITO no le dejen solo, que se queden a su lado manteniendo un contacto físico con él.

Indicarles que durante el vómito le mantengan incorporado, con el tronco erguido, cuello flexionado y cabeza inclinada hacia delante para evitar el riesgo de aspiración. Cuando no sea posible incorporarle, han de colocarlo de medio lado con la cabeza también ligeramente inclinada hacia delante.

Indicarles que durante el vómito, si está encamado, una buena postura es sentarle al borde de la cama con los pies apoyados en el suelo. En esa posición puede sostener el recipiente para el vómito con sus manos o apoyarlo en sus piernas.

Indicarles, finalmente, que durante el vómito dejen una toalla humedecida cerca de él para cuando la precise, que le transmitan tranquilidad, le animen y le alienten con sus palabras y pongan sus manos sobre su frente o su hombro.

Indicarles que DESPUÉS DEL VÓMITO saquen el recipiente de la habitación, le cambien la ropa si se ha ensuciado y se encarguen de airear y ambientar el cuarto.

Indicarles que después del vómito le acerquen el material necesario para que enjuague su boca y le pasen una toalla humedecida por frente, nuca y espalda.

Indicarles que después del vómito le ofrezcan algún líquido o infusión y que le permitan recuperarse dejándole solo y tranquilo en el cuarto sin excesiva luz directa, ruido o calor.

Capítulo XIII: TRATAMIENTO INTEGRAL DEL INSOMNIO

INTRODUCCIÓN

Aproximadamente la mitad de los enfermos terminales tienen este trastorno que alcanza una prevalencia de un 50 a un 60% y en el que sólo llega a alcanzarse un control adecuado en menos del 50% de los casos.

Se habla de insomnio de conciliación cuando el enfermo tiene dificultad para dormirse y de insomnio de mantenimiento cuando consigue dormirse con normalidad, pero se despierta demasiado temprano y no puede volver a conciliar el sueño. En este tipo de trastorno también se incluye al enfermo que sufre múltiples despertares a lo largo de la noche.

Si a esto le añadimos el denominado sueño no reparador, como se denomina a las situaciones en las que el enfermo, tras el descanso nocturno, se encuentra cansado y subjetivamente no tiene la sensación de haber descansado lo suficiente, se entiende que el insomnio sea de largo el trastorno del sueño más frecuente.

Pero el problema principal del insomnio no radica únicamente en las horas de déficit de descanso que pueda provocar ni en la mayor o menor prevalencia del síntoma. Cualquiera persona que ha vivido esta experiencia en primera persona o como acompañante del insomne sabe que una noche, una simple noche sin dormir, es un auténtico suplicio.

Lo es para el enfermo que se enfrenta a la oscuridad en la que todos los fantasmas de su enfermedad, todos sus temores y sus miedos, se agigantan y se multiplican ante un reloj que parece haberse detenido en el tiempo. Y lo es para la persona que le atiende o que está junto a él, a quien despierta continuamente con peticiones nimias provocándole una irritación que va en aumento según avanza la noche y los despertares.

Enfermería y el paciente terminal

Al día siguiente el cuidador, agotado, tiene que afrontar sus obligaciones, pero le falta el humor, sigue irritado, irascible y no consigue concentrarse en su trabajo.

El enfermo, por su parte, también se encuentra agotado, normalmente se pasa el día dormitando en la cama o en su sofá, con lo cual, además de la consiguiente pérdida de actividad se produce progresivamente la temida alternancia sueño-vigilia, en la que termina durmiendo por el día y despierto por las noches.

Otra de las consecuencias negativas del insomnio es su potencialidad para exacerbar y agravar otros síntomas. En el caso concreto del dolor, el insomnio disminuye su umbral de percepción, con lo que el síntoma se descontrola con frecuencia en estos enfermos. La consecuencia de este círculo vicioso es una pérdida espectacular de la calidad de vida que disfrutaba previamente.

Por tanto, los profesionales que atienden a estos pacientes no pueden tomar este síntoma a la ligera. El insomnio debe ser abordado con profesionalidad y determinación, prestándole toda la atención que merece.

EL INSOMNIO Y LAS CAUSAS QUE LO PROVOCAN

En el contexto de los cuidados paliativos, cuando el enfermo se encuentra débil, tiene otra serie de síntomas y se enfrenta a un futuro incierto, el insomnio suele tener un origen multicausal y no siempre resultará sencillo especificar cada una de esas causas concretas.

Los factores etiológicos del insomnio suelen agruparse en aquellos relacionados con factores ambientales, los secundarios a alteraciones psicológicas y finalmente los que son consecuencia de una patología o fármaco. En un primer análisis, siempre habrá que tener en cuenta la existencia de antecedentes de insomnio previos a la enfermedad.

Recordemos, antes de pasar a enumerar los distintos factores etiológicos, que cualquiera de ellos podría estar incluido en los dos grupos, porque todos pueden potencialmente dificultar la conciliación o provocar que se despierte a medianoche.

Causas relacionadas con la dificultad de mantenimiento

Detrás de un enfermo que llega a la cama agotado y se duerme con relativa normalidad, pero que pasadas un par de horas se despierta y no es capaz de volver a conciliar el sueño, suele estar uno de estos motivos.

Enfermería y el paciente terminal

Un factor ambiental. Es decir, que le despierte un ruido, el excesivo calor, una cama a la que no está habituado o incómoda, una almohada demasiado dura, excesiva claridad en el cuarto, ronquidos o movimientos del compañero de cama.

El trastorno del ritmo circadiano. Característico en aquellos enfermos que tras una noche insomne, se quedan dormidos durante el día. Al llegar la noche siguiente, no están lo suficientemente cansados para mantener el sueño y, tras un primer descanso breve, se despiertan.

La edad avanzada. No conviene olvidar que un enfermo viejo, además de enfermo es viejo, con lo cual su patrón de sueño también está determinado por la edad. Y las personas de avanzada edad suelen precisar menos horas de sueño nocturno. También son característicos los múltiples despertares, amén de necesidades fisiológicas como los trastornos prostáticos tan frecuentes en hombres ancianos.

Las preocupaciones existenciales, el miedo a la noche, a morir, a la oscuridad. Ésta es una de las causas más frecuentes de insomnio en personas que padecen una enfermedad terminal. Lo hemos incluido en el grupo de causas relacionadas con la dificultad de mantenimiento porque, evidentemente, un enfermo que se despierta a media noche con una angustia vital, pensando aterrorizado en su posible muerte, es muy difícil que pueda volver a dormirse.

No obstante, también podríamos haberlo agrupado con las causas que dificultan la conciliación, porque obviamente, una persona que se mete en la cama con estas preocupaciones existenciales es muy difícil que se duerma.

Causas relacionadas con la dificultad de conciliación

Mal control de otros síntomas. Cualquier trastorno físico puede impedir que el enfermo disfrute de un sueño reparador, desde un dolor que no acaba de controlarse o que se presenta por la noche, la angustia y el miedo provocados por una disnea nocturna, el ajeteo que conlleva y el malestar que provoca la náusea y el vómito o la sensación de sed continua del enfermo con micosis oral.

Cualquiera de ellos puede ser el responsable. Recordar que detrás de un insomnio siempre puede estar un síntoma mal controlado.

El consumo previo de sustancias excitantes. Cualquier producto que contenga cafeína, teína u otro componente con capacidad para aumentar la agitación puede dificultar la conciliación de sueño. En el caso del alcohol, suele suceder

Enfermería y el paciente terminal

lo contrario; esta sustancia provoca sueño en un primer momento, con lo que dormirse no suele ser un problema, pero se asocia a un despertar nocturno temprano con dificultad posterior para conciliar.

Fármacos. Son muchos los fármacos que potencialmente pueden provocar problemas de sueño. Un ejemplo tipo son los corticoides, muy utilizados por otra parte en estos enfermos, pero no son los únicos: estimulantes, diuréticos, simpático-miméticos y citostáticos.

Otro trastorno asociado con los fármacos son las dosis nocturnas que obligan a despertar a un enfermo que después puede ser incapaz de volver a dormir.

Las abstinencias. Cualquier abstinencia o síndrome de abstinencia, ya sea al alcohol, opioide, ansiolítico o cualquier otro fármaco.

Otras patologías del enfermo: la incontinencia, las disfunciones tiroideas, síndromes paraneoplásicos o cualquier otra alteración metabólica o endocrina, la fiebre, el prurito, una poliaquiuria o un síndrome de piernas inquietas por citar algunos.

EL INSOMNIO Y SU TRATAMIENTO

En nuestra escala de gradación del 0 al 4, el 0 significa que no tiene trastornos de conciliación ni despertares nocturnos; el 1, algún problema de forma esporádica y de intensidad leve; el 2, un insomnio de carácter moderado, que empieza a incomodar al enfermo y familia; el 3 designa un insomnio que sin ser grave ya preocupa seriamente; y el 4, un insomnio grave.

Medidas farmacológicas

Los fármacos más utilizados en el tratamiento del insomnio son las benzodiazepinas, pero no son los únicos. Si el descanso insuficiente se asocia a un trastorno depresivo, suelen ser eficaces los tratamientos con antidepresivos con perfil sedante. Otra alternativa a las benzodiazepinas son las imidazopiridinas, cuyo máximo exponente es el zolpidem.

Todas las benzodiazepinas tienen un efecto ansiolítico, además de funcionar como relajantes musculares, hipnóticos e incluso anticonvulsionantes según dosis. Estos fármacos pueden empeorar un cuadro de delirium instaurado.

Recordar siempre que antes de retirar un tratamiento con benzodiazepinas es preciso tener en cuenta que, principalmente si lo ha estado consumiendo por

Enfermería y el paciente terminal

un periodo de tiempo largo, puede producir efectos indeseados de privación.

Las benzodiazepinas no están especialmente indicadas en casos de encefalopatía hepática porque pueden aumentar la confusión y la somnolencia ni en enfermos con apneas de sueño u otros trastornos de retención de carbónico. En cualquier caso, el tratamiento ha de ser cuidadoso e individualizado, con ajustes de dosis según la respuesta conseguida.

Para el insomnio de conciliación, podría afirmarse que los fármacos más adecuados son aquellos sin metabolitos activos y de vida media corta-media como el lorazepam (orfidal) o el zolpidem.

Para el insomnio de mantenimiento también estaría indicado el lorazepam, pero se podrían utilizar otros de vida media media-larga como el diazepam (valium).

Las principales benzodiazepinas e imidazopirinas de vida media corta son el midazolam (dormicum) y el zolpidem. Los de una duración media son el alprazolam (trankimazin) y el lorazepam. El diazepam es un ejemplo de fármaco con duración prolongada.

Medidas preventivas

Considerando las posibles causas de insomnio, muchas se pueden prevenir actuando sobre ellas, cambiándolas o eliminándolas. A continuación enumeramos algunas de las medidas adecuadas para conseguirlo, pero hemos de tener en cuenta que aunque sobre el papel pueda parecer lo contrario, en la práctica no siempre resultan sencillas de aplicar.

Impedir que se pase el día durmiendo o dormitando. Ésta es una de esas medidas que se escriben muy fácil, pero que a la hora de llevarlas a cabo se complican, porque se debe luchar contra la voluntad del enfermo que se encuentra agotado y desea descansar y, además, obliga al cuidador a mantenerle ocupado, activo y entretenido, todo lo cual implica una gran inversión de tiempo y esfuerzo.

Evitar que vaya a la cama demasiado temprano. Este es un problema muy común. El enfermo, un poco aburrido y cansado, se acuesta a las nueve de la noche. Para el cuidador esto es, en principio, una bendición porque le permite disfrutar de un rato para sí mismo y su familia. El problema es que a las dos de la mañana ya ha dormido cinco horas que es, en muchos casos, el descanso que necesita.

Enfermería y el paciente terminal

Mantener una actividad física y evitar siestas demasiado largas. Que permanezca activo, camine, se mueva, realice distintas actividades físicas y mentales y que recorte los necesarios periodos de descanso. Para dormir bien es conveniente, y a veces necesario, llegar a la cama cansado y con sueño.

No tomar bebidas estimulantes y líquidos en general a partir de media tarde. El efecto de las primeras sobre el sueño es muy variable de unas personas a otras. Teniendo en cuenta la respuesta de cada enfermo, se ha de evitar ofrecérselas a partir de una hora en la que le afecte a su descanso nocturno.

Respecto a la ingesta de líquidos en general, se trata de evitar que tengan que levantarse a orinar por la noche o, al menos, que lo hagan el mínimo de veces posible.

En lo que se refiere a los medicamentos, hay varias medidas eficaces. La primera, buscar posibles alternativas a los fármacos que puedan estar influyendo en la alteración del sueño. Otra medida adecuada sería pautarlos por la mañana para impedir su acción nocturna. El caso de los diuréticos o los corticoides puede servir de ejemplo.

Finalmente, hemos de evitar las dosis nocturnas de los medicamentos. Despertar al enfermo para darle un fármaco puede suponer que se desvele y pierda el sueño.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD A FAMILIA Y ENFERMO

A la familia hemos de explicarle que el hecho de dormirse, para cualquier persona, es un proceso que requiere una rutina, un ambiente externo adecuado y una cierta tranquilidad interna, además de las dosis precisas de sueño y cansancio.

Respecto a la rutina, hemos de explicarle que ésta incluye horarios, hábitos y postura: ajustarse en lo posible a su horario previo a la enfermedad para acostarse; imitar su antigua rutina de leer un libro, escuchar la radio o tomarse una bebida caliente antes de apagar la luz y ayudarle a acomodarse en su postura de siempre para dormir.

Respecto al ambiente externo adecuado, hemos de explicarle que en general los ruidos o el calor excesivo dificultan el sueño. Lo mismo sucede con la luz, aunque en este aspecto conviene preguntarle al enfermo. Un poco de música relajante de fondo y sábanas limpias, una cama cómoda y sin excesivos ropajes que le impidan moverse con facilidad.

Enfermería y el paciente terminal

Respecto a la tranquilidad y la paz interna, hemos de explicarle que le permitan hablar sobre lo que le preocupa, que le pregunte directamente si hay algo que le preocupe, si tiene algún miedo y si prefiere no quedarse solo en la habitación.

En general, hemos de explicar que todas las medidas que le ayuden a relajarse, como hacerle un masaje antes de dormir o permanecer a su lado cogiéndole de la mano, son positivas. Por tanto, que no se limiten a seguir nuestros consejos, que ellos tendrán ideas e iniciativas tan buenas o mejores.