

## Tema 9.

### Protocolo de cuidados del técnico en cuidados auxiliares de enfermería al paciente crónico y terminal. Cuidados físicos y psicológicos.

En Extremadura existe desde el año 2002 el **PRCPEX** o Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura cuyo compromiso y finalidad es establecer un conjunto de medidas, de forma progresiva, encaminadas a mejorar la atención al final de la vida dentro de la comunidad autónoma de Extremadura.

#### 9.1 Los equipos de cuidados paliativos

Son equipos de apoyo al equipo sanitario de referencia, tanto en Atención Primaria, Atención Especializada y en Centros sociosanitarios.

Los diferentes centros contactaran con ellos cuando las necesidades de los pacientes **y/o** sus familias sean complejas. Existe un equipo de cuidados paliativos en cada área de salud y está formado por médicos, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales, todos ellos con una formación importante en cuidados paliativos.

#### Objetivos y características de los equipos de cuidados paliativos.

##### OBJETIVOS



COBERTURA  
TOTAL



EQUIDAD



ACCESIBILIDAD



CALIDAD EN LA  
ATENCION

##### CARACTERISTICAS

1. Es un modelo basado en "necesidades de pacientes y familias", es una atención integral (biopsicosocial).
2. Es un modelo de organización basado en:
  - Atención integrada y compartida entre todos los niveles asistenciales con intervenciones basadas en la complejidad que garantiza la continuidad asistencial.
  - Atención continuada 24 horas/365 días a través de:

- Recursos de urgencias generales: PAC, 112, servicios de urgencias hospitalarias
- Recursos de urgencias específico de Cuidados Paliativos: servicio de asesoramiento telefónico continuado por los profesionales de soporte de Cuidados Paliativos de Extremadura.
- **Ámbito Regional:** garantiza la accesibilidad y la equidad en la atención independientemente del lugar de residencia del paciente dentro de la comunidad autónoma

## **9.2. Organización en Extremadura de la Atención al final de la vida.**

La atención al final de la vida en Extremadura se organiza de la siguiente manera:

- a) **EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA:** llevaran a cabo la atención paliativa de aquellos pacientes que se encuentren en su domicilio.
- b) **SERVICIOS HOSPITALARIOS:** con alta prevalencia (donde mas casos nuevos se detectan) de atención de pacientes en situación de enfermedad avanzada terminal. Los profesionales de estos servicios realizan la "Atención Paliativa" de los pacientes durante el ingreso hospitalario.
- c) **CENTROS SOCIOSANITARIOS O DE MEDIA-LARGA ESTANCIA:** los profesionales que trabajan en estos centros realizan la atención paliativa de los pacientes que residen en ellos.
- d) **EQUIPOS DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS (ESCPs):** formados por profesionales de los diferentes niveles asistenciales, basando la intensidad de su atención, en la complejidad de la situación a atender en la coordinación con los profesionales con los que comparten la atención. Existe un ESCP en cada Área de Salud formado por médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales. Realizan atención tanto a nivel domiciliario, hospitalario o en centros sociosanitarios.
- e) **GRUPOS DE TRABAJO TRANSVERSALES:** red de trabajo donde participan activamente los profesionales de cuidados paliativos de todas las Áreas de Salud. Mediante una planificación anual desarrollan un programa de trabajo.

## **9.3. Actividades de los Equipos de soporte de Cuidados Paliativos en Extremadura.**

- Alivio de los síntomas y sufrimiento.
- Acompañamiento psicoafectivo y soporte espiritual.

- Atención en el domicilio o en consultas externas.
- Atención en el proceso de morir, incluido el duelo.
- Educación al paciente y la familia.
- Coordinación con recursos sociales.
- Desarrollo de grupos de autoayuda.
- Coordinación con el equipo sanitario de referencia del paciente.

#### **9.4. Definición de cuidados paliativos.**

La definición que da la Organización Mundial de la Salud (OMS) para los Cuidados Paliativos es la siguiente: "Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor, así como otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales". Destaca que los cuidados paliativos no deben limitarse a los últimos días de vida, sino aplicarse progresivamente a medida que avanza la enfermedad y en función de las necesidades de pacientes y familias.

Los cuidados paliativos se les pueden ofrecer a personas con enfermedades tales como:

- Cáncer.
- Enfermedad cardíaca.
- Enfermedades pulmonares.
- Insuficiencia renal.
- Demencia.
- VIH/SIDA.
- ELA (esclerosis lateral amiotrófica)



**Población diana del programa**

**Regional de Cuidados Paliativos de**

**Extremadura**

Los cuidados paliativos son la rama de la medicina que se encarga de PREVENIR y ALIVIAR el sufrimiento, así como brindar una mejor CALIDAD DE VIDA posible a pacientes que padecen de una enfermedad grave y que compromete su vida, tanto para su bienestar, así como el de su familia

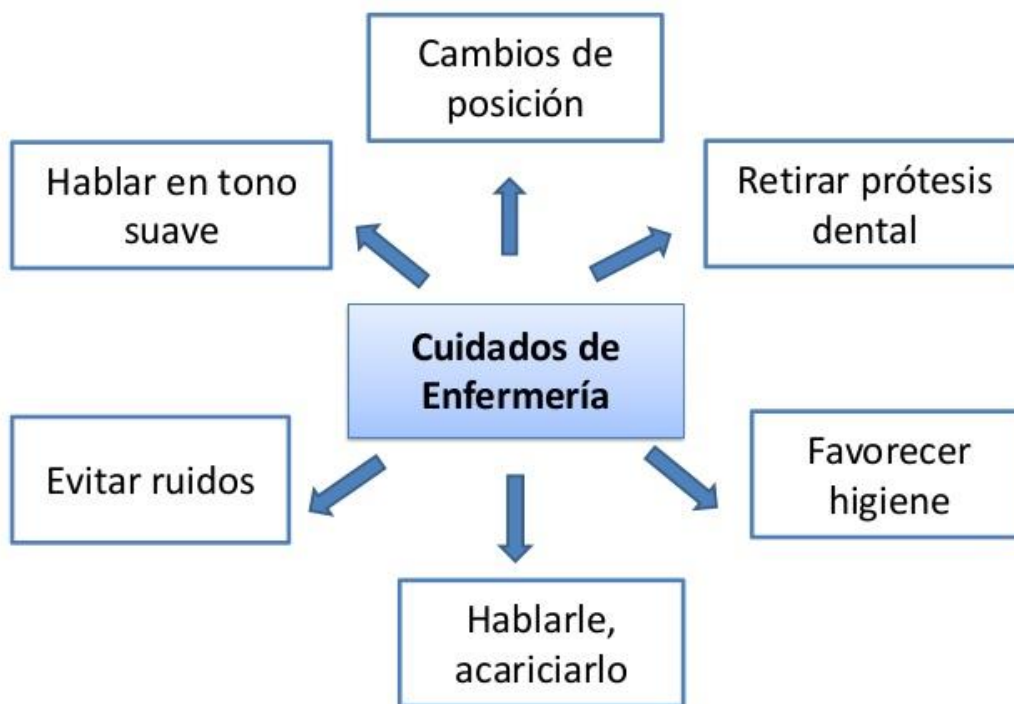
### 9.5. Definición de enfermedad terminal.

La enfermedad terminal se considera la fase final de numerosas enfermedades, cuando han sido agotados todos los tratamientos posibles y se alcanza la irreversibilidad. En el transcurso de la enfermedad el diagnóstico es importante; todavía, se asume como un proceso complejo, que requiere alguna habilidad pues el enfermo en el final de su vida presenta síntomas múltiples y cambiantes.

### 9.6. Cuidados específicos de enfermería.

#### Cuidados físicos de confort.

Los cuidados de confort son todos aquellos que cubren el bienestar físico y moral del enfermo siempre sustentados bajo la base de su dignidad, su independencia y la participación en su proceso.



#### Higiene.

Los pacientes con enfermedad terminal se ven frecuentemente incapacitados para satisfacer sus necesidades cotidianas de aseo, normalmente por la debilidad que les produce su mal estado general.

Si está en su domicilio, explicarle a la familia como deben realizar las actividades de higiene diaria.

Si está hospitalizado seremos nosotros quienes creemos el clima suficiente para que el paciente se sienta como en casa.

## ACTIVIDADES.

Realizaremos las actividades cuidadosamente y sin prisas, ayudándoles en todo aquello que no pueda hacer, debemos proporcionarle autonomía y no debemos implicarnos más allá de donde él no llegue.

Aprovecharemos el momento en el que esté más fuerte o animado.

Respetar su intimidad.

Utilizar sus propios efectos personales. Ayudarle en los cuidados de la piel, cabello, uñas e higiene bucal. Permítele maquillarse y perfumarse.

Elegir ropa y complementos.

### **Actividad física.**



El ejercicio físico es imprescindible siempre y cuando las posibilidades del paciente lo permitan. Por mínima que sea la actividad va a ayudar a despejar los pensamientos negativos (miedos, angustia), disminuye el estrés de la situación y el insomnio, hace que el tiempo pase de un modo satisfactorio y ameno.

Si puede moverse se le debe animar a que ande por la casa, dé pequeños paseos andando o en coche, siempre que esté dentro de sus posibilidades y haciéndole saber que estamos disponibles para pedirnos la ayuda que necesite.

Si debido a la falta de fuerzas existe una incapacidad para realizar alguna actividad física, se valorará:

- Si con ayuda de aparatos podría realizarla, en este caso intentaremos proporcionárselos y luego les estimularemos para que los utilice.
- Si necesita la ayuda de una segunda persona, esta debe hacerlo de forma suave, despacio, y transmitiéndole seguridad y firmeza, y, por supuesto, comunicándole las ganas de ayudar.

-

Si el paciente está inmovilizado:

- Buscar la posición más adecuada en la cama y se harán los cambios posturales mas pertinentes.
- Evitaremos los pliegues y arrugas en las sábanas.
- Si el paciente quiere almohada, se usará.
- La cama estará en el lugar que el paciente desee, mejor en una habitación aireada y con luz natural. Se dejarán a mano todos sus efectos personales.

### **Reposo y sueño.**

Son muy frecuentes en los enfermos terminales las irregularidades en el patrón del sueño. La causa puede ser fisiológica o emocional.

- El entorno debe ser lo más relajado y cómodo posible, evitando ruidos, eligiendo una habitación con luz, aire y temperatura adecuados.
- Administrar correctamente la medicación, incluyendo los hipnóticos prescritos, a última hora de la noche, una vez que estén en la cama ya arropados, para evitar que estos surtan efecto fuera de ella.
- Evitar que se sienta solo, tener contacto físico con el enfermo, hablarle, escucharle, transmitirle confianza y cariño e incitar a la familia a que estén permanentemente con él.

### **Ocupación del tiempo libre.**

Siempre que al paciente le sea posible le estimularemos para que realice las actividades de tiempo libre que más le agraden, por ejemplo, tomar el sol, leer, escribir, pasear, oír música, ver televisión, incorporarse a tareas de ayuda en casa, permitir que salga de algunas normas (tomar una copa, fumar...).

### **Alimentación.**

La mayoría de los pacientes terminales padecen ANOREXIA (disminución de las ganas de comer). Esto provocará angustia a la familia y al paciente (la familia cree que si come vivirá más tiempo).

NUNCA les obligaremos a comer.

LO QUE QUIERA, CUANDO QUIERA, CUANTO QUIERA
---

### ACTIVIDADES.

- Realizar los cuidados oportunos en la boca, para que el estado de esta sea el más adecuado.
- La comida se servirá en platos pequeños, con poca cantidad y varias veces al día. Se debe adaptar a los gustos del enfermo, a una temperatura adecuada, poco condimentada y de fácil deglución. La dieta debe ser equilibrada, solo cuando el estado del paciente empeore, se atenderán a sus peticiones sin cuidar mucho lo anterior. La comida se servirá en el comedor junto a su familia. En el caso de que esté débil comerá incorporado en su cama y con la compañía de alguien, quien le ayudará a comer en caso de que el enfermo no pueda hacerlo solo.
- Ofreceremos bebidas frecuentemente.
- LA SONDA NASOGASTRICA ESTA CONTRAINDICADA EN LA FASE TERMINAL ya que aumentaría el malestar del paciente y lo que siempre buscaremos será su confort.

### **Cuidados de la piel.**

La piel de estos pacientes está en riesgo continuo de sufrir algún daño que podría estar causado por algún factor relacionado directamente con el cáncer subyacente o por causas indirectas (fármacos, deshidratación, movilidad reducida...).

Nos marcaremos como objetivo mantener la integridad de toda la superficie corporal lo cual prevendremos evitando el exceso de secreciones y excreciones, evitando infecciones, estimulando la circulación sanguínea, fomentando la autonomía del paciente, previniendo iatrogenia de tratamientos, manteniendo el confort y prestándole apoyo psicoemocional.

Los principales problemas dérmicos que pueden aparecer son la PIEL SECA y la PIEL HUMEDA.

#### PIEL SECA

Cuando la piel pierde agua, la queratina se descama y la dermis es menos turgente y resistente a lesiones.

- Durante el baño utilizaremos jabón pH neutro, secaremos con toallas suaves.
- Donde halla descamación aplicaremos compresas empapadas en agua durante 20 minutos.
- Se aplicarán cremas después del baño cada noche, según el grado de sequedad utilizaremos cremas suaves ricas en lanolina, o cremas emolientes como el aceite de almendras, la vaselina. Cuanto mayor sea la concentración de aceite o grasa, más efectiva será.

#### PIEL HUMEDA

Aparecerá en zonas del cuerpo que están en continuo contacto con el agua, será frecuente en pliegues cutáneos y regio genital. Dichas zonas aparecerán edematosas, enrojecidas, maceradas, edemas, exudativas, malolientes (micosis, o infección por hongos).

- Realizaremos baños de corta duración con jabones de pH neutro y secar con toallas suaves.
- Limpiaremos la zona con suero fisiológico y dejar actuar un par de minutos, secar con toallas suaves.
- Favorecer que los pliegues cutáneos puedan oírse y a su vez que los pacientes se sientan frescos y cómodos.

### **Cuidados de la boca.**

Cualquier lesión en la cavidad oral perjudica la nutrición oral lo que puede conllevar a consecuencias como anorexia, caquexia y malnutrición, a estas lesiones les sumamos los trastornos psicológicos relativos al rol que la cavidad oral juega en la comunicación, la vida social y el placer asociado con el comer.

Se realizará un examen de la cavidad oral de manera rutinaria, al menos dos veces por semana, empleando técnicas de inspección y de palpación en:



- Labios
- Dientes
- Membranas mucosas
- Lengua
- Encías

Observaremos cualquier alteración del color, grietas, descamaciones, nódulos, ulceraciones, gingivitis.

No descuidar la saliva en la higiene bucal ya que su déficit provoca serias alteraciones en los tejidos blandos de la boca, aumentando las ulceraciones, las infecciones y las caries.

### INFECCIONES ORALES.

#### ➤ INFECCIONES POR HONGOS

CANDIDIASIS	PSEUDOMEMBRANOSA: placas blanquecinas, suaves y húmedas en los lados de la boca. Si se levanta aparece mucosa con erosiones y sangrante.
	HIPERTROFICA AGUDA: igual que la anterior, pero cubriendo el dorso de la lengua.
	ATROFICA AGUDA: dolor en el dorso de la lengua, con quemor. Mucosa bucal seca y roja. Sin placas blanquecinas.

#### ➤ INFECCIONES BACTERIANAS

Suelen aparecer pequeñas aftas con dolor localizado y fiebre. El tratamiento depende de una adecuada higiene bucal, suministrando un tratamiento específico cuando sea preciso.

#### ➤ INFECCIONES VIRICAS

HERPES SIMPLE
CITOMEGALOVIRUS
VARICELA ZOSTER
EPSTEIN-BARR

El más frecuente es el HERPES SIMPLE, sobre todo en pacientes que reciben quimioterapia. Aparecen unas lesiones amarillentas y dolorosas, pudiendo aparecer vesículas en los labios, fiebre y anorexia. En infecciones severas, el dolor puede ser tan intenso que provoca disfagia. El tratamiento específico es el ACICLOVIR.

Dependiendo de las lesiones, usaremos unos u otros productos, cuya finalidad va a ser mantener la boca libre de suciedad y con una humedad adecuada:

El material reproducido en el presente documento es responsabilidad de (LOURDES SÁNCHEZ CRESPO), como preparadora, eximiendo a SGTEX de cualquier tipo de responsabilidad respecto a los contenidos y/o sobre los derechos de autor y/o propiedad intelectual.



1. SOLUCION DESBRIDANTE:

- ¾ PARTES DE BICARBONATO+1/4 PARTE DE AGUA OXIGENADA
- ¾ PARTES DE SUERO FISIOLÓGICO+1/4 PARTE DE AGUA OXIGENADA
- SIDRA+SODA al 50%

Estas soluciones ayudaran a desbridar, quitar placas de detritus y costras, ablandar la suciedad de la lengua.

2. SOLUCIONES ANTISEPTICAS:

- CLORHEXIDINA, HEXETIDINA
- Uso: gingivitis, estomatitis, piorrea, aftas, micosis y las complicaciones de la radio y quimioterapia.

3. SOLUCIONES ANESTESICAS:

- TEPILTA, LIDOCAINA VISCOSA AL 2%
- Uso: para tratar afecciones dolorosas de la boca, esófago y estómago.

4. ANTIBIOTICOS:

- Siempre bajo prescripción médica. Se podrá aplicar enjuague desbridante antes de suministrarlo.
- Uso: infecciones orales.

Cuando se utilicen alguna de estas soluciones, se hará C/4 horas, CINCO veces al día, respetando las horas de sueño.

Se le explicara siempre al paciente como se hace el procedimiento a la vez que realizándolo, con mucho cuidado que no se produzca broncoaspiración.

Nos ayudaremos siempre con un depresor de lengua para abrir la boca, deprimir y levantar la lengua y acceder a los carrillos y encías del paciente.

El cepillo de dientes se mojará en una solución desbridante, con el que cepillaremos los dientes, encías y lengua. Utilizar bastoncillos para aquellos sitios que sean inaccesibles al cepillo. Se debe dejar actuar la solución de dos a tres minutos. Usando torundas de esponja, aclarar la boca con agua.

Con una gasa aplicar vaselina en los labios (actualmente se opta por crema de cacao pues la vaselina a posteriori aumenta la sequedad).

BOCA SECA(XEROSTOMIA)

Es un síntoma muy frecuente en pacientes terminales y suele ir acompañado de halitosis, disminución del sabor, dolor, quemor y dificultad para masticar y deglutir.

HIGIENE. –

- Hacer enjuagues desbridantes después de cada comida, retenerlos de 5 a 10 minutos.

- Cepillar los dientes después del enjuague, con un cepillo y una pasta suaves.

**AUMENTO DE LA SALIVACION. –**

- Chupar caramelos de vitamina C y pastillas o caramelos sin azúcar.
- Masticar chicles sin azúcar.
- Chupar trocitos de piña natural, trocitos de hielo aromatizados con tónica, cereza...

**REHIDRATAR Y REFRESCAR. –**

- Incrementar la ingesta de líquidos (frecuentes buches de agua retenidos varios minutos), sopas, manzanilla, etc.

**9.7. Cuidados psicológicos.**

**La ansiedad**

## Síntomas de la ansiedad

FÍSICOS	COGNITIVOS (PENSAMIENTOS)	CONDUCTUALES (CONDUCTAS)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• sudoración,</li> <li>• tensión muscular,</li> <li>• palpitaciones,</li> <li>• taquicardia,</li> <li>• temblor,</li> <li>• molestias en el estómago,</li> <li>• elritdificultades respiratorias,</li> <li>• sequedad de boca,</li> <li>• dificultades para tragar,</li> <li>• dolores de cabeza, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• preocupación,</li> <li>• temor,</li> <li>• inseguridad,</li> <li>• dificultad para decidir, pensar, concentrarse, etc.</li> <li>• miedo,</li> <li>• pensamientos negativos sobre uno mismo,</li> <li>• temor a que se den cuenta de nuestras dificultades, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• evitación de situaciones temidas,</li> <li>• ´fumar, comer o beber en exceso,</li> <li>• intranquilidad motora (movimientos repetitivos, rascarse, tocarse, etc.),</li> <li>• ir de un lado para otro sin una finalidad concreta,</li> <li>• tartamudear,</li> <li>• llorar,</li> <li>• quedarse paralizado, etc.</li> </ul>

Es un síntoma muy habitual en el paciente terminal. Es una RESPUESTA BENEFICIOSA ya que sirve al ser humano adaptarse y sobrevivir.

La ansiedad es una respuesta de nuestro organismo ante una amenaza, y nos prepara para la lucha o para la huida. Si es muy intensa o se prolonga demasiado tiempo, deja de ser adaptativa y pasa a ser un problema que requiere tratamiento.

**CAUSAS MAS FRECUENTES DE ANSIEDAD**

- Reacciones adaptativas como consecuencia de la aparición de cambios inevitables (fases de Kübler-Ross: negociación, ira, pacto, depresión, aceptación). Cambio de Rol. Perdidas (estatus socioeconómico, deterioro biológico, entorno). Miedo a la muerte y a la agonía.

- Trastorno adaptativo con reacción ansiosa (depresión)
- Trastorno adaptativo con reacciones emocionales mixtas (ansiedad, depresión)
- Problemas derivados de la existencia previa de problemas psicológicos. Crisis de pánico, fobias, trastorno por ansiedad generalizado y trastorno por estrés postraumático.
- Problemas relacionados con efectos directos de la enfermedad o complicaciones médicas. Dolor no controlado, disnea, causas metabólicas, tumores productores de hormonas y miedo al síndrome de abstinencia a drogas.
- Derivados de efectos secundarios del tratamiento. Efectos secundarios de los fármacos (teofilinas).

### TRATAMIENTO

- FARMACOLOGICO: BENZODIACEPINAS (diazepam, midazolam, alprazolam), solas o junto a haloperidol, antidepresivos...

Últimamente se han probado compuestos que contienen marihuana en sus principios activos. Sus indicaciones incluyen a enfermos terminales para paliar varios de sus síntomas. Su consumo es vía oral en forma de capsulas o en preparados sublinguales.

- TECNICAS DE RELAJACION que enseñaremos al paciente y a la familia.

### **El insomnio.**



#### LAS CAUSAS MAS FRECUENTES:

- Mal control de los síntomas (dolor, disnea, náuseas, vómitos)
- Malas condiciones ambientales
- Ansiedad (miedo a la noche)
- Toma de corticoides vespertina, agonista B2, teofilinas.

Puede aparecer el denominado INSOMNIO DE SEGUNDA HORA que consiste en que el paciente se despierta muy pronto y luego no puede dormirse.

Debemos detectar la inversión del ritmo vigilia/sueño, en que el paciente duerme varias horas durante el día y poco de noche.

TRATAMIENTO: haloperidol, clometiazol, hidroxicina, zolpidem, alprazolam.

### **La depresión como síntoma.**

Un cuadro de tristeza, anhedonia e inhibición que aparece como respuesta adaptativa ante una pérdida. Es un paso necesario para adaptarse a la pérdida, NO ES UNA ENFERMEDAD, NO REQUIERE MEDICACION salvo que sea muy intensa y prolongada.

Es importante en el paciente terminal hacer diagnóstico diferencial con enfermedad cardiovascular, tumor cerebral, infecciones (encefalitis aguda), trastornos metabólicos (hiponatremia, hipokalemia, hipercalcemia, hiperglucemia), causas endocrinas (trastornos tiroideos), causas renales, déficit de vitaminas y síndrome convulsivo.

### 9.8 Sedación en cuidados paliativos



Es la administración de fármacos adecuados para disminuir el nivel de conciencia del enfermo, con el objetivo de controlar algunos síntomas refractarios.

Puede ser PRIMARIA (buscada como objetivo), o SECUNDARIA (somnolencia como efecto secundario de una medicación), CONTINUA o INTERMITENTE (con periodos de alerta) y PROFUNDA, o SUPERFICIAL (permite la comunicación del paciente con sus cuidadores).

#### Sedación paliativa.

Es la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas para reducir la consciencia de un paciente terminal tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios, con su consentimiento explícito, implícito o delegado.

#### Sedación terminal.

Es un tipo de sedación paliativa que se utiliza en la agonía. Sedación tan profunda como sea preciso para aliviar un sufrimiento físico o psicológico en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima, con su consentimiento explícito, implícito o delegado. Es una sedación PRIMARIA Y CONTINUA, y puede ser SUPERFICIAL O PROFUNDA. La media de supervivencia tras iniciarla es entre 2 y 3 días.

## SEDACION

- **Clasificación:**
- **Según objetivo que persigue:**
  - +Primaria (buscada como finalidad)
  - +Secundaria (somnolencia como efecto secundario de un tratamiento)
- **Según temporalidad y duración:**
  - +Intermitente
  - +Continua
- **Según la Intensidad:**
  - +Superficial
  - +Profunda

## FARMACOS.

- MIDAZOLAM. Dormicum. Es hidrosoluble y se puede poner via SC, siendo la vía de elección en domicilio. Por vía IV se utiliza en servicios de urgencias y hospital.

Es el fármaco mas usado.

LA DOSIS DE RESCATE de este fármaco se pondrá en caso de agitación o reagudización de algún síntoma refractario y equivaldrá a la SEXTA PARTE DE LA DOSIS TOTAL DIARIA DEL FARMACO.

- LEVOMEPRMAZINA SC o HALOPERIDOL SC. En caso de fallar el midazolam se usan estos fármacos sedantes, uso en caso de delirium.
- FENOBARBITAL SC, IM o IV, o PROPOFOL IV. Si fallan los fármacos anteriores

### **NIVELES DE CONSCIENCIA Y SEDACION:**

#### **Escala de Ramsay:**

- **Nivel 1:** Paciente ansioso agitado o inquieto
- **Nivel 2:** Paciente cooperador, orientado, tranquilo
- **Nivel 3:** Paciente dormido, responde a órdenes
- **Nivel 4:** Paciente dormido, respuesta rápida a estímulos
- **Nivel 5:** Paciente dormido, respuesta lenta a estímulos
- **Nivel 6:** Paciente dormido, ausencia de respuesta