

CUIDADOS INTEGRALES A PACIENTES PALIATIVOS ONCOLÓGICOS

Dominguez Serrano L*; Gutiérrez Fernández M^aJ*

* Enfermeras del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

INTRODUCCION

Entendemos por paciente paliativo oncológico aquel con enfermedad neoplásica sólida o hematológica, sin tratamiento con intención curativa o no subsidiario de éste, en el que se estime una supervivencia menor a seis meses.

Los enfermos en situación de enfermedad avanzada y terminal presentan una alta necesidad y demanda asistencial con implicación de todos los niveles sanitarios. Los "principios" de Cuidados Paliativos deben ser aplicados tan precozmente como sea posible para una mejora en la calidad de vida de estos pacientes y de sus familias, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, correcta evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales.

OBJETIVOS

- Objetivo principal: Mejorar la calidad de vida de los pacientes, contemplando la muerte como un proceso normal.
- Objetivos específicos:
 - Identificar precozmente este tipo de pacientes.
 - Facilitar el control del dolor y otros síntomas.
 - Integrar los aspectos psicológicos y espirituales en los cuidados del paciente.
 - Ofrecer un sistema de soporte para ayudar a la familia a abordar la enfermedad y el proceso de duelo.
 - Mejorar la capacitación del paciente y del cuidador para que sean sujetos activos en el cuidado de su enfermedad terminal.
 - Mejorar la calidad de los cuidados hospitalarios y extrahospitalarios y aumentar el grado de coordinación interniveles.

IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES

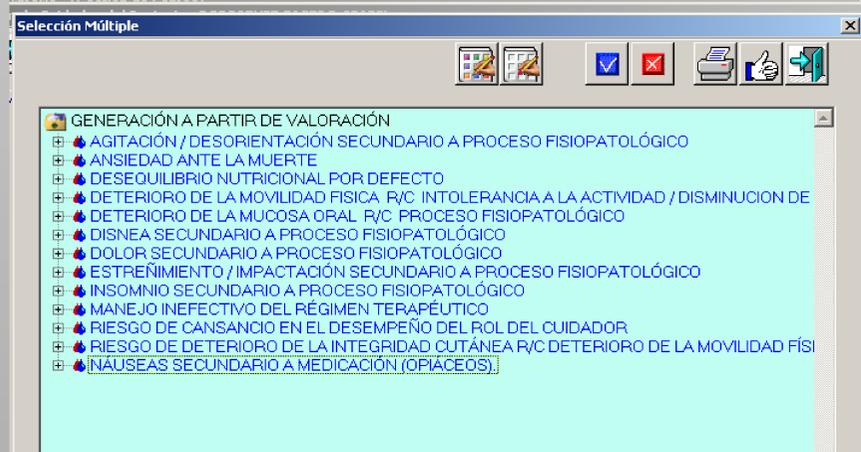
Al ingreso en planta. Se le implantará el plan directo "Paciente Paliativo Oncológico" y se incluirá en el "Plan Comparte", para un seguimiento posterior por Atención Primaria al alta.



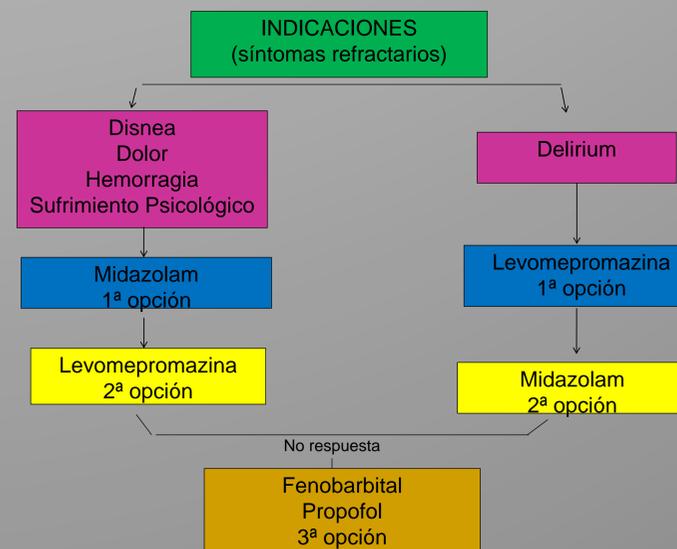
CONTROL DE LOS SÍNTOMAS

	MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS	MEDIDAS FARMACOLÓGICAS	DOSIS
Dolor	Disminuir movilidad	Analgésicos 3º escalón (Morfina, fentanilo, oxicodona, hidromorfona)	Si dolor aumentar Si neurotoxicidad no retirar
Disnea	Ambiente relajado Paciente incorporado Oxigenoterapia (no escatimar) Promover gafas nasales Considerar sedación	-Morfina -Midazolam (si disnea refractaria) -Benzodiacepinas (si ansiedad) -Corticoides	Si morfina previa aumentar un 33%
Tos	Si tos húmeda y capacidad para toser: Animar a toser Humidificar ambiente Fisioterapia respiratoria	-Antitusígenos si tos húmeda sin capacidad para toser o tos seca -Mucolíticos si tos húmeda con capacidad para toser.	-Hioscina 20mg/6-8h -Codeína 30mg/6-8h -Dextrometorfano 30mg/6-8h -Acetilcisteína
Estertores	Disminuir hidratación Decúbito lateral+flexión cuello	-Escopolamina -N-Butil-bromuro de hioxcina	-0,5-1mg/4-6h sc o iv -20mg /4-6h sc o iv
Agitación Delirium	Ambiente tranquilo Considerar sedación Descartar estreñimiento, retención de orina, insomnio, dolor.	-Haloperidol -Clorpromazina -Levomepromazina	-Parenteral: oral ---1:2 -No sc (irritante) -Inicio 12,5mg / 4-12h
Miclonías Convulsión	Si se prevee, dejar via iv en el hospital	-Midazolam 15-30mg sc o iv/24h -Clonazepam 1,5-3mg sc o iv /24h -Fenobarbital 600mg sc o iv/24h -Diazepam rectal	-Bolus previo 5-10mg -Bolus previo 1mg -Bolus previo 200mg im
Nauseas y vómitos	No obligar a comer Dar pequeñas tomas	-Haloperidol -si HT IC: dexametasona	-2,5-10mg sc o iv/24h -4-8mg/12h sc o iv
Xerostomía	Refrescar la boca (palitos de limón) Descartar candidiasis y otras lesiones		
Estreñimiento	Usar laxantes osmóticos asociados a lubricantes y/o estimulantes del peristaltismo	-Lactulosa -Parafina -Bisacodilo	Enema si >3 días sin obrar
Fiebre	Paños fríos Tratar solo si genera disconfort	-Paracetamol -Metamizol -Ketorolaco	-1gr -2gr -3mg sc/iv
Hemorragia	Si se prevee, dejar via iv en el hospital Toallas oscuras Jeringa precargada	Midazolam 5mg iv/sc cada 5 minutos hasta sedación profunda	Hacer salir a la familia de la habitación En domicilio, informar de posible aparición.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA



MANEJO FARMACOLÓGICO DE LA SEDACIÓN TERMINAL



CONCLUSIONES

Gracias a nuestro plan de cuidados estandarizados, ofrecemos cuidados integrales de calidad a estos pacientes en su última etapa de la vida, y apoyo psicológico y emocional a sus familiares, haciéndoles partícipe de todo el proceso.

BIBLIOGRAFIA

1. Atención a Pacientes Pluripatológicos 2ª edición . Proceso asistencial integrado. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2007.
2. Guía de recomendaciones en cuidados continuos oncológicos. Asistencia, investigación, docencia. Madrid: SEOM. 2006
3. Mejora en la Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas complejas. Programa Comparte 1º Edición. Hospital San Juan de Dios. 2011

EVALUACIÓN: Continua

- Del control del síntoma y alivio del sufrimiento.
- De la implicación familiar, para evitar la claudicación, consensuando objetivos comunes a corto plazo, dando apoyo emocional y educación sanitaria.