

Rol de enfermería

Por Enf. Zulma Barrera,
Enf. Silvina Dárcangelis

La función de la enfermera que integra un servicio de cuidados paliativos es la de instruir y orientar al grupo familiar de aquel ser en estado terminal, porque este momento de la vida está plagado de incertidumbres. Si esas situaciones son alertadas de antemano, y se enseña a resolverlas, aunque más no sea llamando a un número de teléfono, con tan solo eso generamos un vínculo más estrecho con el equipo, el paciente y la familia.

Se trata de orientar en ciertos cuidados que en un ámbito hospitalario se realizan prácticamente sin pensarlo, rutinariamente, pero que en el domicilio no lo son tanto, enfermería debe detectar quien es el cuidador más capaz de recibir la información sin confundirse y angustiarse aún más, pero sin dejar de llevar la información a todo el grupo familiar.

Cuando el paciente está en su domicilio y su condición lo permite lo que se intenta es favorecer el principio de autonomía que se ve interrumpido en un hospital, permitiendo que siga, por ejemplo aseándose solo, administrándose el mismo la medicación, decidiendo qué comer, qué vestir, a qué hora ir a dormir, etc.

Pero cuando la enfermedad avanza no siempre la persona puede continuar realizando estas tareas solo, por eso es necesario orientar a su cuidador para que ayude a que se sigan realizando. Además de explicar los pasos a seguir en cada complicación esperable dentro de la misma enfermedad.

ANOREXIA

Es la incapacidad del paciente para comer normalmente.

La causa principal es la propia carga tumoral, pero también influyen: el miedo al vómito, la saciedad precoz, disfunción autonómica, estreñimiento, dolor y fatiga, alteraciones en la boca, hipercalcemia, ansiedad y depresión, y efectos secundarios del tratamiento.

Tratamiento:

Medidas generales

- Preparación adecuada de los alimentos.
- Platos pequeños.
- Raciones pequeñas.

ESTREÑIMIENTO

El estreñimiento es un síntoma frecuente,

alrededor del 60 % en enfermos terminales, que preocupa bastante al enfermo y a sus familiares debido a una serie de molestias que puede ocasionar, así como por diversos factores culturales bien conocidos. Por otra parte, también es cierto que a veces observamos una adaptación a la situación con el razonamiento de que "al no comer mucho, es natural que no ensucie", cuando se sabe que al menos tiene que haber una deposición cada 3 ó 4 días incluso en estos casos.

Las causas de la constipación, como la mayoría de síntomas, son multifactoriales.

Se pueden sistematizar en:

1. Causas debidas a la enfermedad de base: disminución de la ingesta de sólidos y líquidos, patología intraabdominal por cáncer o asociada, paraplejía, etcétera.
2. Causas asociadas a tratamientos farmacológicos: opiáceos, anticolinérgicos, fenotiacinas, antidepresivos tricíclicos, etc.
3. Causas asociadas a la debilidad, imposibilidad de llegar al baño cuando se presenta el estímulo, confusión, etc.
4. Causas intercurrentes: hemorroides, fisuras anales, habituación a laxantes, etc.

Las molestias que puede ocasionar la constipación son sensación de distensión abdominal, flatulencia, mal sabor de boca, retortijones o incluso náuseas y vómitos en casos extremos. En enfermos muy deteriorados puede presentarse inquietud o estado confusional. Es necesaria una exploración abdominal completa, que incluirá tacto rectal si lleva más de tres días sin deposiciones, con el objetivo de descartar la presencia de bolos fecales.

La estrategia terapéutica adecuada, después de haberse realizado la valoración de posibles etiologías, comprenderá la aplicación de una serie de medidas generales combinadas con el uso de laxantes además de estimular la ingesta de líquidos (agua y zumos de fruta) ya que, por razones obvias, difícilmente podrá aumentarse el aporte de fibras, que incluso puede estar contraindicado si hay oclusión o suboclusión intestinal. En cuanto al uso de laxantes, hay que decir en primer lugar que no hay un único laxante o combinación de estos que se prefiera a los demás por varias razones que van desde su efecto individual en cada paciente a

su forma de administración y a gusto del mismo.

NÁUSEAS Y VÓMITOS

Las náuseas y vómitos son frecuentes y pueden ser debidos a varias causas, siendo esencial el análisis de las mismas para una correcta selección de los antieméticos, ya que es habitual que no se discrimine en este sentido, prescribiendo rutinariamente siempre el mismo fármaco. Etiología:

Las náuseas y vómitos pueden tener su origen en diversos factores que además pueden asociarse. Una correcta valoración del paciente nos conducirá a identificar la causa principal, siendo la más habitual el uso de opioides, obstrucción intestinal parcial y constipación. Otras causas a tener en cuenta son la hipercalcemia en casos de metástasis óseas masivas y la hipertensión endocraneana si concurren metástasis cerebrales.

Naturalmente no podemos olvidar los casos de gastritis habitualmente por el uso de AINES. Estrategia terapéutica:

- Medidas generales: se centran básicamente en adecuación de la dieta (blanda fraccionada, predominio de líquidos, infusiones, etc.).

- Corrección causas reversibles: hipercalcemia, gastritis, fármacos irritantes de la mucosa gástrica.

En algunos pacientes será necesario administrar dos antieméticos si coexisten varias causas de vómitos (ej. metoclopramida y haloperidol).

Las indicaciones de SNG por vómitos son muy escasas y se reducen a los casos de obstrucción gástrica total y en casos de atonía gástrica muy severa que no responda a otras medidas.

ALIMENTACION Y NUTRICION

La alimentación es un símbolo de salud y actividad. En la situación de enfermedad terminal es frecuente que enfermos y/o familiares refieran problemas relacionados con ésta situación.

La elevada frecuencia de anorexia, sequedad de boca, náuseas, vómitos, sensación de saciedad precoz, constipación, trastorno del gusto, problemas obstructivos del tracto digestivo alto (disfagia) o bajo (suboclusiones) o infecciones oro faríngeas hace que con frecuencia tengamos que adaptar la dieta.

En primer lugar, queremos destacar que, según nuestra opinión, la nutrición y la hidratación no son objetivos en sí mismos en la

atención de enfermos terminales. Por otra parte, no olvidamos el principio del confort como objetivo.

Nos referiremos a varios principios generales y a algunas situaciones concretas:

- Deben comentarse, siempre delicadamente, con el enfermo y sus familiares los aspectos específicos referidos a la alimentación; la educación de la familia y la adecuación a los gustos individuales previos del enfermo son fundamentales.

- Como normas generales, y teniendo en cuenta la anorexia, la debilidad y la sensación de repleción gástrica precoz, es recomendable fraccionar la dieta en 6-7 tomas y flexibilizar mucho los horarios según el deseo del enfermo. Las dietas semiblandas o blandas suelen ser mejor toleradas. La cantidad de cada ingesta debe adaptarse al enfermo, sin presiones para una ingesta mayor, que inducen más sensación de fracaso ("Dado que ahora está en cama muchas horas, no es preciso que tome tantos alimentos", para los familiares "Está débil porque la enfermedad avanza, no por falta de alimentación"). En cuanto a la composición, creemos que no debemos insistir en nutriciones hipercalóricas o hiperproteicas, que no tienen mucho sentido en esta situación, ni tampoco en las dietas específicas ricas en fibras para la prevención y tratamiento del estreñimiento (porque deben tomarse en cantidades importantes que los enfermos no toleran, y porque disponemos de tratamientos específicos más eficaces). La adición de complejos vitamínicos o hierro oral es de muy dudosa eficacia en enfermos terminales, excepto en situaciones muy concretas.

La presentación de la dieta y la adecuación del tamaño del plato a la cantidad de comida son aspectos importantes y frecuentemente olvidados para mejorar la tolerancia.

Como hemos dicho, la hidratación no es un objetivo en sí mismo en la atención de enfermos terminales. El uso fraccionado de líquidos (agua, infusiones, etc.) unido a unos cuidados de la boca frecuentes son muy eficaces. La sensación de sed asociada a la sequedad de boca debida a la enfermedad o al tratamiento (radiación, morfina, etc.) responden mejor a este tipo de cuidados que a la hidratación oral o parenteral forzada.

En la situación de agonía, la dieta debe limitarse a pequeñas ingestas de líquidos y a cuidados de la boca; la hidratación o nutrición parenterales no mejoran el estado de los enfermos

agónicos, y la mayor parte de la medicación puede administrarse por vía subcutánea o rectal.

CUIDADOS DE LA BOCA

En el enfermo terminal hay una alteración de las propiedades de la boca provocadas por diferentes causas y que dan lugar a numerosos problemas de los que cabe destacar por su elevada frecuencia la sequedad de boca.

Objetivos:

1. Control: prevención del dolor de boca.
2. Mantener mucosa y labios húmedos, limpios, suaves e intactos haciendo prevención de infecciones y promocionando así el confort.
3. Eliminar la placa bacteriana y restos alimentarios.

Recomendaciones:

1. Cepillo infantil suave tanto para los dientes como para la lengua. Es el utensilio más eficaz incluso en enfermos inconscientes.
2. Torunda o el dedo índice protegido con guante o gasa. Es más inefectivo para eliminar la placa pero puede ser más cómodo y de ayuda para la humidificación.
3. Comer chicle sin azúcar.
4. Higienizar la boca después de las comidas, (cepillado y enjuague normal).
5. Para la humidificación, pequeños sorbos de agua, zumos de fruta con hielo, té de manzanilla con limón (anestésico local y estimulante de la saliva, respectivamente).
6. Como antiséptico inhibiendo la formación de la placa bacteriana, usar solución de clorhexidina 0,2%, o yodo solución acuosa diluido en pequeñas cantidades cada 12 horas (aunque suele ser desagradable).
7. El uso de anestésicos locales sobre úlceras dolorosas antes de cada comida, como la xilocaína (lidocaína) o topicaína en vaporizador.
8. El diagnóstico y la detección precoz de la candidiasis oral y la utilización de solución de nistatina cada 4 horas - 1 cucharada; enjuagar y escupir, y otra cucharada, enjuagar y tragar - y algunas veces ketonconazol por vía oral. Hay que recordar que aunque los síntomas desaparecen a los 7 días, es necesario continuar el tratamiento durante 14 días. El yoghurt natural es eficaz y barato.
9. Cuidados especiales de la prótesis dental, que favorece las infecciones. En caso de candidiasis hay que sumergirla cada noche en solución de hipoclorito al 1% si no hay metal, o en solución de nistatina.

Como conclusión podemos decir que la comunicación, el bienestar y la satisfacción de

comer dependen en parte de una buena higiene bucal; por tanto, ésta es fundamental para el enfermo terminal. Enfermeras y médicos deben educar al paciente y familiares aconsejando diferentes métodos y utensilios, respetando las preferencias y estimulando las iniciativas de aquellos en este sentido.

CUIDADOS DE LA PIEL.

Este es un gran conflicto en el paciente terminal, en donde la misma postura por determinado tiempo impide una buena circulación especialmente en los puntos de apoyo, como talones, codos, sacro, etc; además de la falta de hidratación y de nutrientes propios de la piel debido a la mala absorción provocada por su enfermedad.

Recomendaciones:

1. Rotar en diferentes posturas cada dos o tres horas.
2. Evitar que quede mojado, en caso de que tenga incontinencia.
3. Hidratar la piel con productos como cremas con vitamina A, o siliconas.
4. Favorecer la hidratación por vía oral.

Medicación y vías de administración.

En cuidados paliativos la primer vía que se trata de utilizar es la oral para seguir proveyendo el principio de autonomía, permitiendo si es posible que el mismo se administre la medicación.

También aunque puede resultar incómodo por respeto al pudor del paciente, es muy útil la vía rectal con muy buena tolerancia y efectividad.

El paciente oncológico terminal no tiene masa muscular, debido a la caquexia, y tampoco tiene venas ya que casi siempre se han esclerosado por la quimioterapia. Por eso, cuando se requiere la administración parenteral, es muy útil recurrir a la vía subcutánea, una vía poco o casi nada utilizada en la Argentina pero recomendada mundialmente, debido a que:

- Es una técnica poco agresiva.
- De fácil colocación y utilización.
- Es económica se requieren de pocos materiales.
- El tiempo de acción de la medicación, es un poco más rápida que la de la vía oral, y similar a la intramuscular, pero más lenta que la endovenosa.

Sitios de punción:

- Cara anterior del brazo.

- Pectorales.
- Abdomen.
- Muslos (menos aconsejable).

La medicación menos recomendada para pasar por esta vía son la clorpromacina, y el diazepam, debido a que por su viscosidad es altamente irritante para la zona de absorción.

En cuidados paliativos la medicación más utilizada son los analgésicos, dentro de sus tres

grupos AINES, opioides leves y potentes, laxantes, antieméticos, y como coadyuvantes del dolor los Corticoides, Antidepresivos, Anticonvulsivantes, y Fenotiazinas.

Todas estas medicaciones se pueden aplicar por todas las vías de administración, recordando que las que más nos interesan en CP son la oral, la subcutánea y la rectal en ese orden.

Bibliografía:

- *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familiar*. W. Astudillo, C. Mendinueta, E. Astudillo. II Edición Junio 1995, España.
- *Curso de Actualización en intervenciones de enfermería ante el paciente con dolor*. Recopilación de Lic. Enfermería Marta Junín. 2007. G.C.A.B.A.
- www.saludycuidados.net