

LECCIONES DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA ASFORM FB

ISBN: 978-84-608-7633-5

Índice:

1. ADHERENCIAS CICATRICIALES EN CIRUGÍA MENOR
2. EL DUELO
3. ENFERMEDAD GRAVE Y FASE TERMINAL EN PRIMERA PERSONA
4. RESPUESTA DE FAMILIARES ANTE UN PROCESO DE ENFERMEDAD GRAVE Y/O TERMINAL
5. MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN CUIDADOS PALIATIVOS
6. DETECCIÓN PRECOZ DE LA HIPOACUSIA INFANTIL: IMPORTANCIA DE LA GUIA DE PRÁCTICA CLINICA EN EL TRABAJO DE ENFERMERÍA
7. PREVENCIÓN ÚLCERAS POR PRESIÓN
8. ÚLCERAS POR PRESIÓN: TRATAMIENTO
9. CONTROL DE SÍNTOMAS
10. FALTAN POR INCLUIR 2 CAPITULOS DE LUZ AMANDA FORIGUA Y ANA GARCIA PEREZ, POR ESTAR EN FORMATO WORD.

TEMA 1: ADHERENCIAS CICATRICIALES EN CIRUGÍA MENOR

Jiménez Sánchez, Virginia

Jiménez Sánchez, Susana

SUB-ÍNDICE

1.1. INTRODUCCIÓN

1.2. ADHERENCIAS, DEFINICIÓN

1.3. VALORACIÓN Y TRATAMIENTO

1.4. ACTUACIÓN DURANTE EL PROCESO DE
CICATRIZACIÓN

1.5. DISPOSICIÓN FINAL

1.6. ANEXOS

1.7. BIBLIOGRAFIA

1.1. INTRODUCCIÓN

En el servicio de Urgencias, tanto a nivel hospitalario como en el extrahospitalario, las **heridas** ocupan un alto porcentaje de las demandas. Éstas son lesiones producidas por un agente externo que provoca la rotura de la superficie cutánea o mucosa.^{1,2} De las que precisan sutura, casi la mitad de las que se realizan son en las **manos y dedos**,² y éstas, en ocasiones al no ser bien revisadas se pasan por alto lesiones más importantes en planos más profundos (ilustración 1).³ Esto puede acabar produciendo **secuelas** a largo plazo que se perciben cuando se ha cicatrizado la herida exterior, al realizar las actividades de la vida diaria.



Ilustración 1: Afectación del tendón del extensor largo del primer dedo por mordedura de perro que pasó desapercibida en un principio quedando limitación articular y dolor por adherencia.

Tras una sutura y sus cuidados posteriores, generalmente se da el “alta” al paciente cuando se retiran los puntos o grapas si no hay complicaciones de la herida (tipo dehiscencias, infección, seromas...). La cicatriz que queda, al tener distintas características del tejido circundante puede tener **repercusiones funcionales** (adherencias), cosméticas y psicosociales (sobre todo queloides y cicatrices hipertróficas),^{4,5} siendo estas dos últimas a las que se les da mayor importancia.

Deberíamos recordar que bajo esa herida, hay tejidos que por el edema y el daño producido pueden verse afectados. Esto, junto con la tendencia inconsciente de no movilizar esa zona por miedo al dolor, hacen más favorable la aparición de **adherencias** de los tejidos subyacentes. Hay muchos casos que, después de meses, hay tirantez y continúa el dolor bajo la cicatriz, y son derivados a servicios de fisioterapia para recuperar la movilidad perdida.⁶

1.2. ADHERENCIAS

La restricción de la movilidad de la cicatriz respecto a los tejidos profundos se debe a que quedan unidos desplazándose en conjunto y no pudiendo desarrollar la función correctamente, lo que es llamado adherencia.^{5,7} Éstas pueden producir dolor y limitación articular (Ilustración 2), sobre todo si afectan a articulaciones, tendones y ligamentos.⁵

Las adherencias cicatriciales pueden ser visibles sólo con el movimiento, o pueden producirse adherencias subcutáneas sin haber cicatriz.⁸

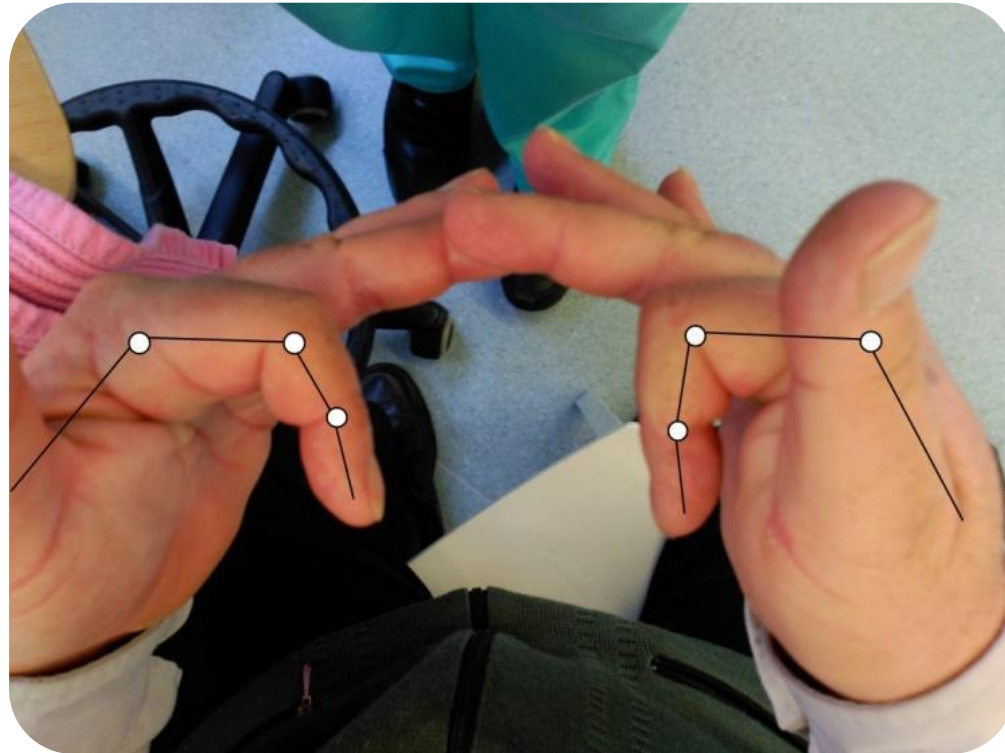


Ilustración 2: Limitación articular en la flexión del segundo dedo por adherencia del tendón flexor con los tejidos circundantes en el área central de la mano.

1.2.1 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA FORMACIÓN DE ADHERENCIAS

En el proceso de cicatrización influyen numerosos factores que favorecen el desarrollo de adherencias, estos se dividen en locales (propios de la herida) y generales (características del organismo). Estos se detallan a continuación:

Locales

- Oxigenación de la zona
- Cuerpos extraños
- Movilidad de los tejidos
- Edema
- Extensión y profundidad de la destrucción hística
- Radioterapia
- Tejidos desvitalizados
- Hematomas
- Tensión de los bordes de la herida
- Movilización

Generales

- Edad
- Factores genéticos
- Malos hábitos
- Estado nutricional
- Enfermedades

FACTORES LOCALES

- Oxigenación de la zona: Todo elemento que disminuya o impida la circulación de la sangre en la zona afectada retarda la cicatrización y por tanto es más vulnerable a infecciones. Un ejemplo puede ser la colocación de un vendaje apretado.^{9,10}
- En algunas zonas del cuerpo, como las manos, hay determinadas áreas que se distinguen por tener distinta vascularización y por tanto puede dificultar la correcta cicatrización. Por ejemplo, en la zona proximal de los dedos se suelen producir adherencias entre el tendón y los tejidos circundantes por las áreas avasculares. En la superficie central de la mano existe menor formación de adherencias de estas mismas estructuras por la avascularidad de los tendones rodeados por paratendón. Finalmente, en el área cerca del túnel del carpo se pueden adherir los tendones entre sí por la cercanía.¹¹

- **Cuerpos extraños:** En ocasiones durante las exploraciones pueden pasar desapercibidos cuerpos extraños, que al quedar alojados alteran el proceso de cicatrización pudiendo producir adherencias.^{1,12}
- **Movilidad de los tejidos:** La inmovilidad de los bordes de la herida entre sí aumenta la velocidad de curación.¹ En tejidos profundos tales como músculos y tendones, la realización de una sutura en capas ayuda a evitar las adherencias entre las mismas.^{1,13}
- **Edema:** El edema puede paralizar la cicatrización por aumentar la presión de los vasos sanguíneos que irrigan la zona, disminuyendo así el aporte de oxígeno.¹

- Extensión y profundidad de la destrucción hística: La reparación de la herida será más prolongada cuanto mayor sea la extensión del tejido afectado.¹ La cicatrización por **segunda intención** y en heridas donde hay pérdida del tejido graso subyacente favorece que se adhiera la cicatriz a los tejidos profundos.⁸
- El coeficiente de fricción en el caso de suturas de hilo también influye, ya que al ser mayor en hilos multifilamento produce más **reacción tisular** y aumento de la respuesta inflamatoria; también los reabsorbibles producen mayor reacción.¹⁴

- **Radioterapia:** La cicatrización se retrasa en pacientes que se someten a este tratamiento debido a la inmunodepresión y a la alteración del metabolismo celular, por tanto deben manipularse con mucha precaución.¹
- **Tejidos desvitalizados:** Es necesario mejorar las condiciones (desbridar) del tejido para garantizar la correcta cicatrización.¹
- **Hematomas:** Los hematomas producen la separación de los tejidos profundos, disminución del aporte sanguíneo y el aumento de tensión de la piel. En general, las **necrosis** cutáneas ocurren al no detectar hematomas.¹ Un hematoma no drenado puede producir además calcificaciones y adherencias.¹⁵

- **Tensión de los bordes de la herida:** Influyen las líneas de **Langer**, que son líneas que se forman en zonas donde las fibras elásticas de la dermis proporcionan tensión constante.¹⁶ Cuando se realiza una sutura, los puntos han de ejercer la misma tensión entre los bordes de la herida que entre la superficie y el fondo. Esta norma es llama "regla de las x".¹⁷
- **Movilización:** La movilización muy precoz aumenta el riesgo de dehiscencia en las suturas tendinosas. Por otro lado, los ejercicios activos tímidos y la no realización de fisioterapia o terapia ocupacional puede desembocar en la formación de **adherencias, rigidez articular o malposición.**^{3, 18}

FACTORES GENERALES

- **Edad:** En personas jóvenes son más frecuentes las cicatrices patológicas.¹⁹ En las personas de edad avanzada, la circulación suele estar deteriorada, la función cardiaca limitada, reservas de energía bajas y la hidratación y el estado nutricional deficiente.²⁰
- **Factores genéticos:** Hay varios factores como la **raza negra**, **grupo sanguíneo A** y otros que predisponen a sufrir alteraciones en la cicatrización, como queloides y cicatrices hipertróficas.²¹
- **Malos hábitos:** Las personas **fumadoras** y las que toman **café en exceso** tienen efectos negativos en la formación de la cicatriz.¹¹

- **Estado nutricional:** La deficiencia de proteínas retrasa la microvascularización, formación de vasos linfáticos, formación de fibroblastos, síntesis de colágeno y la remodelación de la herida. Las vitaminas, tales como las C, K y B, pueden determinar las características de la curación de la herida. Las vitaminas C y B participan en la maduración de las fibras de colágeno en las últimas etapas de la cicatrización y en el metabolismo de proteínas, grasas y carbohidratos respectivamente.^{22,23}
- **Enfermedades:** Las enfermedades autoinmunes, la anemia y algunos trastornos sanguíneos causan insuficiencia vascular que facilita la aparición de infecciones.²⁴

1.3. VALORACIÓN Y TRATAMIENTO

Para saber si una cicatriz está adherida, puede comprobarse si la piel puede desplazarse adecuadamente sobre los tejidos subyacentes, traccionando desde todos los ángulos de la herida. Si esta maniobra resulta dolorosa o comparando con la zona contralateral hay menos desplazamiento, estaríamos ante una posible adherencia. Existe un medidor con el que se puede valorar el grado de ésta, llamado adheremeter.⁷

El masaje del tejido cicatricial adquiere una gran importancia para prevenir las adherencias, disminuir la tirantez, rigidez, dolor y picor; y en el caso de que afecte a una articulación, aumentar la amplitud de movimiento.^{15,25,26,27} Además del masaje, como prevención de las adherencias, puede utilizarse agua caliente, realizar movimientos de la zona afectada, fortalecer la musculatura implicada en la lesión, practicar movimientos que se realizan en las actividades de la vida diaria, hacer estiramientos de la piel y aplicar presoterapia.²⁷

Hay otros métodos más complejos para la prevención de una cicatriz patológica. Se han descrito diferentes metodologías para evitar estas complicaciones: cirugía, uso de silicona, corticoides, radioterapia, crioterapia, tela microporosa de papel adherente, láser y terapias combinadas.^{4,28}

1.4. ACTUACIÓN DURANTE EL PROCESO DE CICATRIZACIÓN

Cuando se produce una herida, se llevan a cabo una serie de fases que juntas comprenden la cicatrización. Éstas son:



INFLAMACIÓN

Desde el momento en el que se produce la herida se inicia la **primera fase** (inflamación), en la que se realiza la primera cura, y si precisa, la correspondiente sutura.²⁹ Aquí empieza la coagulación y la liberación de citoquinas estimuladoras de neutrófilos y macrófagos, que son los responsables de eliminar residuos celulares y sustancias exógenas a la zona afectada.¹³ Una sutura realizada con un hilo multifilamento daña más los tejidos y consecuentemente, el edema aumenta.¹⁴ Nuestra actuación en esta fase para prevenir posibles adherencias es realizar una correcta sutura por planos si la herida lo requiere, y en el caso de **antecedentes** de cicatrices queloides hacer si es posible una sutura intradérmica continua para disminuir el daño tisular y así menor estimulación del queloide.¹³

ACTUACIÓN DURANTE EL PROCESO DE CICATRIZACIÓN

- Pasadas 48-72 horas empieza la fase proliferativa, cuya duración es de 3 a 6 semanas, y es en la que tiene lugar la formación de tejido reparativo. A los 5-7 días puede realizarse drenaje linfático para favorecer la circulación y la reorganización de las fibras de colágeno.¹⁵ A partir de las 3 semanas¹⁵ o antes si la inflamación ha desaparecido,³⁰ podemos comenzar a tratar la cicatriz con masaje suave y otras técnicas;¹⁵ la aplicación de un masaje energético podría aumentar la inflamación. Si ésta persiste o hay desórdenes fibroproliferativos (hipertróficas y queloides), el masaje no está indicado.³⁰

ACTUACIÓN DURANTE EL PROCESO DE CICATRIZACIÓN

- En la última etapa, se produce la maduración final, y en ella, la matriz extracelular inicial y el colágeno inmaduro son sustituidos por colágeno maduro. Se estima que el proceso de maduración final de las cicatrices es de unos 6 -12 meses.^{29,31,32} .
- El uso del aceite de rosa mosqueta hace que el tejido cicatricial se integre mejor en la piel perilesional dejando una cicatriz más discreta (tabla 2).³³ En personas menores de 30 años maduran más despacio y con peores resultados estéticos que en los mayores de 55 años.¹⁹ En el caso de que se evidencie la presencia en esta fase de adherencias, hay diferentes maniobras que estarían indicadas, pero son competencia de otro profesional sanitario.³⁴

TEMA 2. EL DUELO

Ana María Fernández Jiménez

María Valera Aroca

Ana Aroca Martínez

INDICE

1º. Introducción

2º. Incidencia

3º. Etapas del duelo

- Fase de negación
- Fase de ira
- Fase de negociación
- Fase de depresión
- Fase de aceptación

4º. Tipos del duelo

5º. Cuidados sanitarios

6º. Referencias bibliográficas.

1º. INTRODUCCIÓN

La muerte ha sido siempre un tema de reflexión.(1)

A lo largo de la historia se ha cambiado la manera de ver la muerte. En el occidente se puede diferenciar dos momentos, uno previo a la institucionalización hospitalaria, en el que la muerte es aceptada como parte de la vida y otro, a partir de 1930, cuando debido al desarrollo comienza a ser una institución hospitalaria y ésta es conocida como el lugar reservado para morir.(1,2)

Hasta mediados del siglo XX la muerte solía afrontarse en el domicilio familiar y esto hacía que todos lo vivieran de una forma natural.(1)

Actualmente, la medicina se fundamenta en nuevas técnicas capaces de mejorar la calidad de vida de las personas y además son capaces de diagnosticar mejor.(3)

Se estima que, en Europa, se diagnostica alrededor de 1.200.000 nuevos casos de cáncer al año. Sin embargo y a pesar de los continuos avances en la medicina sólo un 50% de estos enfermos son curados.(3)

Para el profesional sanitario, presenciar una muerte es una experiencia frecuente, debido a la institucionalización de la muerte.(4)

Esto hace que el profesional sanitario tenga una importante participación en este proceso, tanto con el paciente como con su familia.(4)

Según la RAE “el duelo es la demostración que se hace para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien”(5)

La palabra duelo proviene del latín “dolos” que significa dolor. Es un proceso doloroso e inesperado en respuesta a la muerte de un ser querido. (6)

Según la SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos), el duelo “es el estado de pensamiento, sentimiento, y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa amada, asociándose a síntomas físicos y emocionales. La pérdida es psicológicamente traumática, en la misma medida que lo puede ser una herida o quemadura, y eso hace que siempre sea dolorosa. Como los demás traumatismos, necesita un tiempo y un proceso para volver al equilibrio normal, que es lo que constituye el duelo”.(7)

Mientras que, Carpenito (1987), define el duelo como “estado en el que un individuo o familia experimenta una pérdida real o percibida (persona, objeto, función, estatus, relaciones), o estado en el que un individuo o familia responden al convencimiento de una futura pérdida (duelo anticipado)(8)”

2º. INCIDENCIA

El Instituto Nacional de Estadística (INE) informa que, en el año 2012 se produjeron en España 402.950 defunciones, un 3.9% más que las registradas en 2011. (9)

El grupo de las enfermedades del sistema circulatorio se mantuvo como la primera causa de muerte (responsables de 30,3%), seguida de los tumores (27,5%) y de las enfermedades del sistema respiratorio (11,7%).(9)

Por sexo, los tumores fueron la primera causa de muerte en los hombres (con una tasa de 296,3 fallecidos por cada 100.000) y la segunda en mujeres (con 180,0).(9)

En la actualidad, en el primer semestre de 2015, en España, ha habido un total de 219.742 de defunciones, de las cuales 113.084 eran hombres y 112.840 mujeres. (10)

3º.ETAPAS DEL DUELO

Las reacciones durante el duelo ocurren de forma secuencial. (11)

El modelo más conocido es el de Kübler-Ross (1969) que propuso que los enfermos terminales pasan por cinco fases, las cuales son, negación, ira, negociación, depresión y aceptación. (11)

La duración no es la misma en todas las personas, siguen el orden anteriormente descrito, pero a veces se saltan alguna fase.(12)

El duelo suele durar entre 1 y 2 años.(13)

- 1º. Fase de negación: no son capaces de reconocer la enfermedad como un hecho real, si no que lo atribuyen a errores médicos. (11-13)
- 2º. Fase de ira: Los sentimientos en esta fase son de rabia, resentimiento y hostilidad por haber perdido la salud. Normalmente estos sentimientos los derivan hacia todo el entorno que se percibe como sano ,incluso hacia Dios. Pero también, en algunos casos, puede ser dirigida hacia sí mismo, culpándose por la enfermedad. (11-13)

- 3º. Fase de negociación: Se afronta la culpa y se produce una reconciliación con aquellos hacia los que dirigió la ira. Ahora los ve comprometidos con la recuperación. Se abandona cualquier conducta autodestructiva, siendo mayor el compromiso con la recuperación. (11-13)
- 4º. Fase de depresión: Aquí aparecen los sentimientos de tristeza y vacío, así como la actitud de derrota ante la enfermedad. Muchas veces los mismos pacientes dejan el tratamiento. (11-13)
- 5º. Fase de aceptación: Aceptan la enfermedad, la situación de dolor y sus limitaciones, teniendo una actitud de lucha y supervivencia. (11-13)

4º.TIPOS DE DUELO

El duelo puede comenzar antes o después del fallecimiento, dependiendo también de su duración, Se puede clasificar en: (12)

- 1º.Duelo anticipado: Usado inicialmente por Lindemann, en 1944. Indicaba las fases anticipatorias al duelo (antes del fallecimiento). Es vivido por los enfermos y sus familiares. Fulton 1970, afirma que permite aceptar la realidad de la pérdida de forma gradual, resolver asuntos no acabados con el paciente con enfermedad terminal.(14-17)

2. Duelo retardado, inhibido o negado: Se muestra cuando en las fases iniciales las personas no muestran sus emociones, es decir, no muestran signos de sufrimiento. En este tipo de duelo parece que lo tienen todo controlado. Este duelo es patogénico.(14-17)

3. Duelo crónico: Los familiares sufren este tipo de duelo cuando hay mucha dependencia hacia la persona fallecida. No evoluciona hasta el final al proceso. (14-17)

4. Duelo complicado: Es el más frecuente en niños y ancianos. Se culpabilizan por lo que ha pasado. Se bloquea el trabajo del duelo durante un tiempo.(14-17)

5º CUIDADOS SANITARIOS

Durante el proceso del duelo deben participar los diferentes especialistas sanitarios con el fin de atender el sufrimiento de los enfermos y su familia al final de la vida.(12)

Se puede dividir en varios niveles, según el grado de actuación:

-Nivel 1: Soporte e información sobre el duelo: Ser comprensivos con el paciente y la familia, no quitarle importancia al duelo (cuidado holístico).(18)

-Nivel 2: Acompañamiento: Muchos pacientes o familiares necesitan asesoramiento e incluso una intervención psicológica.(18)

-Nivel 3: Intervención especializada: A este nivel se corresponde familiares con duelo complicado. Aquí entra la labor de los psicólogos.(15,18)

La atención sanitaria ante el duelo debe estar reflejada en las diferentes dimensiones de la persona, y éstas son la dimensión física, psicológica, social y espiritual.(18)

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gala León F.J., Lupiani Jiménez M., Raja Hernández R., Guillén Gestoso C., González Infante J.M., Villaverde Gutiérrez M^a. C. et al. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: Una revisión conceptual. Cuad. med. forense [revista en la Internet]. Octubre 2002 [Citada el 19 de Noviembre de 2015]; (30): 39-50. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062002000400004&lng=es
2. Medlineplus [base de datos en internet]. Bethesda]: National Library of Medicine; [Acceso el 15 de Diciembre de 2015] Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/bereavement.html>
3. Tuca A, Schoder M, Novellas A;Cuidados paliativos en oncología.Anuario de Psicología[Internet]. 1998 [Citada el 19 de Noviembre de 2015]; Vol 29(4): 35-53. Disponible en: <http://revistes.ub.edu/index.php/Anuariopsicologia/article/viewFile/8910/11256>
4. Maza Cabrera Maritza, Zavala Gutiérrez Mercedes, Merino Escobar José M. Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. Cienc. enferm. [Internet]. Abril 2009 [Citada el 21 de Noviembre de 2015]; Vol.15(1): 39-48. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000100006&lng=es

5. Real Academia Española. Definición de Duelo. [Internet]. [citada 23 de Octubre de 2015]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?key=duelo>
6. Florez SD. Duelo. Anales Sis San Navarra 2002 [Citada el 30 de Octubre de 2015]; Vol. 25 (3): 77-85.
7. SECPAL, Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de Cuidados Paliativos. [Internet][Citada el 11 de Noviembre de 2015] Disponible en: <http://cmvinalo.webs.ull.es/docencia/Posgrado/8-CANCER%20Y%20CUIDADOS-PALIATIVOS/guiacp.pdf>
8. Pacheco Borella G, Perspectiva antropológica y psicosocial de la muerte y el duelo. Cultura de los cuidados [revista de internet] 2003[Citada el 11 de Noviembre de 2015]; Vol 2 (14):27-43. Disponible en: <http://culturacuidados.ua.es/enfermeria/article/view/181/361>
9. INE. Defunciones según la causa de muerte. [Base de datos en internet]. [Actualizada el 31 de Enero de 2014. ;acceso 15 Noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np830.pdf>

10. INE. Defunciones durante los seis primeros meses de 2015 [base de datos en Internet]. [Actualizado en 2015; acceso 15 de Noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
11. Moral de la Rubia, J. y Miaja-Ávila, M. Contraste empírico del modelo de cinco fases de Kübler-Ross en mujeres con cáncer. Pensamiento Psicológico. 2015 [Citada el 09 de Diciembre de 2015]; Vol. 13 (1):7-25. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v13n1/v13n1a01.pdf>
12. Campos Méndez R, Galea Martín T, López de Ayala García C. Guía Clínica, Seguimiento del duelo en Cuidados Paliativos. Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura (Junta de Extremadura, Servicio Extremeño de Salud - FundeSalud); Diciembre 2010 [Citada el 09 de Diciembre de 2015] Disponible en: <http://periodicoses.saludextremadura.com/upload/4783.PDF>
13. Gamo Medina E, Pazos Pezzi P. El duelo y las etapas de la vida. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.[revista de internet]. 2009 [Citada 09 de Diciembre de 2015]; vol.29 (2):455-69. <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16164>

14. Canut MTL. Enfermería Psicosocial y de Salud Mental: Marco conceptual y metodológico. Edicions Universitat Barcelona;2004,141-146
15. Limonero JT, Lacasta M, Garcia J.A, Maté J, Prigerson H.J. Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. Med Pal (Madrid). 2009 [Citada el 10 de Diciembre de 2015]; Vol. 16 (5): 291-297. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/234101905 Adaptacin al castellano del inventario de duelo complicado](https://www.researchgate.net/publication/234101905_Adaptacin_al_castellano_del_inventario_de_duelo_complicado)
16. Instituto Nacional del Cancer (NCI). Aflicción, duelo y manejo de la pérdida. [Internet][Actualizado el 18 Noviembre de 2011- Citado el 12 de Diciembre de 2015] Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/cancer-avanzado/cuidadores/planificacion/perdida-pdq#section/all>
17. Cabodevilla I. Las pérdidas y sus duelos. Anales del Sistema Sanitario de Navarra[revista de internet] 2007 [citado 15 de Diciembre de 2015]. Vol 30(3)163-173. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600012&lng=es
18. Montoya Juárez Rafael. Aquellos que nos verán morir: Significado y respuesta de los profesionales sanitarios de una residencia de ancianos ante la muerte y los moribundos. Index Enferm [revista en la Internet]. 2006[citado 15 de Diciembre de 2015]; Vol. 15(52-53): 25-29. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100006&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100006&lng=es)

**TEMA 3. ENFERMEDAD
GRAVE Y FASE
TERMINAL EN PRIMERA
PERSONA**

Ana Aroca Martínez

Ana María Fernández Jiménez

María Valera Aroca

Índice

- 1. Introducción.**
- 2. Cuando se padece una enfermedad crónica.**
 - 2.1. Afrontamiento de la enfermedad.
 - 2.2. Respuestas en función de la evolución de la enfermedad.
- 3. Cuando la enfermedad está en fase terminal.**
 - 3.1 Actitudes ante la propia muerte.
 - 3.2 Bienestar en enfermos terminales.
- 4. El niño ante su enfermedad.**
- 5. Declaración de Instrucciones Previas.**
- 6. Referencias Bibliográficas**

1. Introducción

La enfermedad es una experiencia ligada de alguna manera al ser humano. Puede estar presente como una amenaza potencial o como una realidad a través de la vivencia personal o la experiencia con personas cercanas.

En cualquier caso, siempre se asocia al sufrimiento físico, social, emocional o a una confluencia de todos ellos, traspasando las fronteras del individuo que lo padece y extendiéndose al entorno familiar y social.

En este capítulo presentamos, de forma más específica, algunas características, experiencias o problemas que pueden aparecer en las personas que padecen una enfermedad crónica y/o terminal.

2. Cuando se padece una enfermedad crónica

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS):

“La **enfermedad crónica** se define como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida”¹.

2. Cuando se padece una enfermedad crónica

- Implica un **deterioro constante y continuo** de la persona afectando a su calidad de vida, en mayor o menor medida. Pueden verse amenazados o deteriorados diferentes aspectos del individuo: autoconcepto, autoimagen, integridad corporal, independencia, autonomía, funciones cognitivas y equilibrio emocional. En muchas ocasiones supone también la **modificación de actividades** laborales y sociales así como una alteración **de las relaciones interpersonales** con las personas más cercanas².
- El paciente debe aprender a vivir con la enfermedad poniendo en marcha **nuevos recursos de afrontamiento** y **modificando sus patrones habituales de funcionamiento**.

2.1. Afrontamiento de la enfermedad

Existen infinitas formas de enfrentarse a la enfermedad, diríamos que tantas como personas la sufren. Pero la mayoría de autores^{3,4,5} apuntan que depende fundamentalmente de:

- Conocimiento y conciencia que tiene la persona de su enfermedad.
- Historia personal, características de personalidad y experiencias previas propias o ajenas.
- Consecuencias del padecimiento de la enfermedad, tanto en el sujeto como en el entorno familiar, social y laboral.
- Recursos intrapersonales de afrontamiento disponibles.
- Apoyo psicosocial recibido.
- Estado físico y médico.
- Variables socio-culturales.

2. Cuando se padece una enfermedad crónica

2.2. Respuestas en función de la evolución de la enfermedad

Durante el proceso que sigue una enfermedad crónica existen diferentes **momentos críticos** para el paciente con una importante repercusión emocional y psicológica, que aunque se han descrito para las personas con enfermedad oncológica⁶ consideramos que se pueden ajustar a otras patologías de carácter grave y crónico.

2. Cuando se padece una enfermedad crónica

2.2. Respuestas en función de la evolución de la enfermedad

Así pues, dependiendo de la evolución de la enfermedad nos encontramos con diferentes fases:

- **Fase de diagnóstico**

Se trata de un período de mucha incertidumbre y tanto el paciente como la familia se encuentra en un estado de choque o impacto psicológico intenso. Pueden surgir emociones como la ira, negación, desesperación, culpa, etc.

2. Cuando se padece una enfermedad crónica

2.2. Respuestas en función de la evolución de la enfermedad

- **Fase de tratamiento**

La calidad de vida se puede ver comprometida no solo por la enfermedad sino también por los efectos adversos del tratamiento, que pueden dificultar la adhesión al mismo e incluso provocar su abandono.

Aparece la incertidumbre, los miedos y temores ante las pruebas, las intervenciones quirúrgicas, el malestar físico, posibles ingresos hospitalarios, problemas familiares generados, incertidumbre sobre situación laboral, etc.

2. Cuando se padece una enfermedad crónica

2.2. Respuestas en función de la evolución de la enfermedad

- **Fases de mejoría y estabilidad**

Cuando la evolución de la enfermedad parece pasar un momento de estabilidad y mejoría existe la posibilidad de abandono del tratamiento, pudiendo aparecer, de forma paradójica, un incremento de los niveles de angustia ante las posibles recaídas.

- **Fase de recidiva o empeoramiento**

Cuando se intensifica la sintomatología y se produce un decremento de la salud en el paciente, aparecen estados de ansiedad y depresión, incluso en los familiares, debiendo adaptarse todos al nuevo estado patológico.

2. Cuando se padece una enfermedad crónica

2.2. Respuestas en función de la evolución de la enfermedad

- **Fase final de la vida**

Afloran de nuevo emociones intensas que desbordan a enfermo y familiares: rabia, negación, agresividad, aislamiento, depresión, miedo a la muerte, etc.

Todo es más intenso si se hace más patente cuando la persona se encuentra en las últimas fases de la enfermedad o en un proceso terminal. La situación se hace más difícil y dolorosa, surgen temores y miedos y la calidad de vida está muy deteriorada^{2,7,8}.

3. Cuando la enfermedad está en fase terminal

Según la OMS y, en la misma línea, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), se denomina **enfermedad en fase terminal** a:

“Aquella que **no tiene tratamiento específico curativo** o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello **conlleva a la muerte en un tiempo variable** (generalmente inferior a seis meses); es progresiva; provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y conlleva un gran sufrimiento (físico, psicológico) en la familia y el paciente. En una situación en la que **el objetivo no es curar sino cuidar**, proporcionando la máxima calidad de vida hasta que acontezca la muerte”^{1,9}.

3. Cuando la enfermedad está en fase terminal

Con los **cuidados paliativos**, el abordaje de los pacientes que se encuentran en la última etapa de sus vidas se realiza gracias a una asistencia **multi, inter y transdisciplinar** que debe abarcar la totalidad de las dimensiones de la persona, tanto **aspectos biomédicos como psicológicos y emocionales**, sin olvidar los **sociales y espirituales** que rodean al individuo^{4,10}.

3. Cuando la enfermedad está en fase terminal

De la misma manera, la definición de **Cuidados Paliativos** que ofrece la OMS hace referencia a:

“El 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 y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”¹.

3. Cuando la enfermedad está en fase terminal

3.1. Actitudes ante la propia muerte

La muerte es un acontecimiento natural inherente en todos los seres vivos que es inevitable e irreversible. El proceso de morir y la situación terminal de la persona suponen un difícil camino para el individuo y su entorno.

Todos sabemos que la muerte es ineludible, pero es en los enfermos que se encuentran próximos a ella en los que se produce la toma de consciencia real de la muerte. Diferentes aspectos inciden de manera positiva o negativa en las actitudes ante la propia muerte: edad, tipo de enfermedad, educación, creencias religiosas, apoyo familiar, vínculos sociales, lugar de la asistencia, presencia de sintomatología, etc.

3. Cuando la enfermedad está en fase terminal

3.1. Actitudes ante la propia muerte

Existen distintas actitudes ante la muerte: las de aceptación, las de miedo y las de evitación¹¹.

- **Actitudes de aceptación**, ya descritas en 1994 por Wong, Reker y Gesser¹²:

Aceptación neutral: se expresa un temor normal hacia la muerte y hay una aceptación pasiva de la misma como desenlace final, pero el centro de atención está en la vida. La muerte se ve como un acontecimiento natural.

3. Cuando la enfermedad está en fase terminal

3.1. Actitudes ante la propia muerte.

Aceptación de acercamiento: presencia de actitudes caracterizadas por una percepción de felicidad por lo vivido y acercamiento a la muerte como otra etapa más de la vida que también implica bienestar o felicidad. La muerte se asocia a creencias religiosas relacionadas con el paso a una vida mejor, es bienvenida.

Aceptación de escape: la muerte se aprecia como una salida de una existencia dolorosa, liberación del dolor, las preocupaciones o el sufrimiento.

3. Cuando la enfermedad está en fase terminal

3.1. Actitudes ante la propia muerte

- **Actitud de evitación:**

Simplemente no se habla de la muerte y se intenta evitar cualquier pensamiento relacionado.

- **Actitudes de miedo a la muerte**

El sufrimiento psicológico y emocional pivota alrededor del acto de morir pero sobre todo de la agonía final. Según Gala et al⁵ el miedo se evidencia de diferentes formas:

Miedo al proceso de agonía: si existirá o no sufrimiento físico o psíquico. La incertidumbre, el miedo al dolor, a no poder despedirse.

3. Cuando la enfermedad está en fase terminal

3.1. Actitudes ante la propia muerte

Miedo a la pérdida de control: el proceso terminal produce un aumento de la dependencia de los demás y en último término pueden ser otras personas quienes tomen las decisiones sobre uno mismo. Pueden mostrarse recelosos a la toma de medicación que les pueda producir deterioro cognitivo y pérdida de autonomía.

Miedo al futuro de las personas más cercanas tras su muerte: preocupación por su pareja, sus hijos, etc. También preocupación por el funcionamiento de su hogar, de su negocio.

3. Cuando la enfermedad está en fase terminal

3.1. Actitudes ante la propia muerte

Miedo al miedo de los demás: la inquietud que genera ver la preocupación o temor en los demás. El sufrimiento de las personas queridas genera temor y angustia en el paciente.

Miedo a la soledad y al aislamiento, sobre todo en el momento de morir.

Miedo a lo desconocido: ¿qué sentiré?, ¿qué ocurrirá después?

Miedo al significado de la propia vida: si no se encuentra un significado y la vida ha resultado insatisfactoria probablemente el proceso de morir suscitará mayor temor.

3. Cuando la enfermedad está en fase terminal

3.1. Actitudes ante la propia muerte

Diferentes estudios coinciden en que aquellos adultos mayores que creen haber cerrado asuntos pendientes consigo mismos, con los otros o con la vida y que mantienen una idea satisfactoria e integradora acerca de su trayectoria vital, manifiestan una actitud de aceptación de acercamiento al final de la vida y ante su muerte^{11,13}.

3. Cuando la enfermedad está en fase terminal

3.2. Bienestar en enfermos terminales

Las principales **causas de bienestar** en pacientes en situación terminal son^{10,14}:

- Ausencia de malestar general.
- Control de síntomas físicos percibidos como desagradables o amenazantes (dolor, náuseas, vómitos, etc.).
- Interacciones psicosociales agradables con familiares y amigos (recibir visitas, compañía, compartir momentos significativos, etc.).

3. Cuando la enfermedad está en fase terminal

3.2. Bienestar en enfermos terminales

- Realizar actividades agradables y/o distractoras (pasear, leer, ver la televisión, etc.).
- Reducción o eliminación de las preocupaciones.

Como ya se ha mencionado, los cuidados paliativos deben proporcionar y facilitar estos aspectos positivos que provocan el bienestar en los enfermos durante su última etapa vital.

4. El niño ante su enfermedad

Es necesario hacer una mención puntual sobre el afrontamiento del niño de su proceso de enfermedad y su actitud ante la muerte.

En gran medida, el niño afrontará la situación en función de cómo responda el propio entorno a los cambios y de acuerdo al momento evolutivo en el que se encuentre.

Durante el desarrollo de la enfermedad, el niño probablemente habrá tenido que superar muchas situaciones desagradables y dolorosas debiendo contar con apoyo emocional y físico de sus allegados, proporcionándole la seguridad que precisa.

4. El niño ante su enfermedad

De igual manera que los adultos, los niños necesitan expresar sus temores, preocupaciones, deseos y emociones.

El adulto debe ser capaz de escucharlo y responder a sus dudas con sinceridad, adaptándose siempre a la etapa de desarrollo y edad en la que el niño se encuentra⁵.

5. Declaración de Instrucciones Previas

Como punto final del capítulo, queremos hacer alusión a la posibilidad que tiene toda persona en España que sea **mayor de edad, capaz, libre** y que **no se encuentre judicialmente incapacitada**, de realizar una declaración de instrucciones previas. Dicho documento está regulado por las diferentes Comunidades Autónomas, en el caso de Murcia en el Decreto nº 80/2005, de 8 de julio.

5. Declaración de Instrucciones Previas

Se entiende por Instrucciones Previas:

“Aquel documento en el que una **persona manifiesta de forma anticipada los deseos o instrucciones** que, **sobre las actuaciones médicas**, se deberán tener en cuenta en caso de encontrarse en una situación en la que las circunstancias no le permitieran expresar libremente su voluntad.

Este documento sirve para que tales deseos **sean respetados y cumplidos por el médico o el equipo sanitario** que intervienen cuando la persona que ha otorgado el documento se encuentre imposibilitada de manifestar su voluntad por deterioro físico o psíquico”¹⁵.

5. Declaración de Instrucciones Previas

El declarante puede incluir las siguientes manifestaciones o declaraciones:

- “Expresión de su **proyecto vital y valores personales de calidad de vida**, a fin de ayudar en su día a la interpretación del propio documento y para que sirvan de orientación a los médicos en el momento de tomar las decisiones clínicas que afecten al otorgante del documento.

5. Declaración de Instrucciones Previas

Instrucciones sobre el **alcance del tratamiento médico** de la persona que otorga el documento, ya se refieran a una concreta enfermedad o lesión que padezca en el momento de otorgarlo o a otras que pueda padecer en el futuro. Puede también **indicar intervenciones médicas que desea recibir** en caso de enfermedad, siempre que sean acordes con la buena práctica clínica, y puede también señalar aquellas **que no desea recibir**.

5. Declaración de Instrucciones Previas

- En el documento de instrucciones previas podrá hacer constar la **decisión respecto a la donación de órganos.**
- Se podrán dar instrucciones sobre el **destino del cuerpo** tras el fallecimiento, asistencia religiosa a recibir y lugar donde se presten los últimos cuidados.
- Nombramiento de un **representante** del otorgante del documento”¹⁵.

6. Referencias bibliográficas

- 1.Organización Mundial de la Salud. Definition of palliative care [Internet] [citado 23 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- 2.Vinaccia S, Orozco LM. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas: perspectivas en Psicología*. 2005; 1(2): 125-137
- 3.Alonso C, Bastos A. Intervención psicológica en personas con cáncer. *Clínica Contemporánea*. 2011; 2(2): 187-207.
- 4.Arranz P, Barbero JL, Barreto P, Bayés R, editores. *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas; 2003.
- 5.Gala F., Lupiani M, Raj, R, Guillen C, González, J, Villaverde MC et al. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*. 2002; 30: 39-50.
- 6.Malca, B. Psicooncología: abordaje emocional en oncología. *P&B*. 2005; 9(2): 64-67.
- 7.Fonseca M, Schlacl C, Mera E, Muñoz O, Peña J. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer terminal. *Rev Chil Cir*. 2013; 65 (4): 321-328.
- 8.Delgado MC, Prieto ME, Forjaz MJ, Ayala A, Rojo F., Fernández G et al, editores. Influencia de los problemas crónicos de salud en las dimensiones del cuestionario EQ-5D: estudio en personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2011; 85 (6): 555-568.

6. Referencias bibliográficas

9. Buigues F, Torres J, Mas G, Femenía M, Baydal R. Paciente terminal. Guía de actuación clínica en Atención Primaria [Internet] [citado 20 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap027terminal.pdf>
10. Limonero JP. Evaluación de necesidades y preocupaciones en enfermos en situación terminal. Rev. Psicología de la Salud. 2001; 13: 63-77.
11. Álvarez LY, Flórez Z. Actitudes hacia la muerte en un grupo de adultos intermedios y mayores con enfermedad crónica (hipertensión, diabetes y cáncer) en la ciudad de Bucaramanga. Revista Colombiana de Psicología. 2007; 17: 75-82.
12. Wong P, Reker G, Gesser G. Death attitudes profile-Revised. En: Neimeyer RA, editor. Death anxiety Handbook: Research, instrumentation and application. Washington: Taylor & Francis; 1994. p. 121-148.
13. Neimeyer, R, Wittkowski J, Moser R. Psychological Research on Death attitudes: An overview and evaluation. Death Studies. 2004; 28: 309-340.
14. Bayés R, Limonero JT, Barreto P, Comas M. ¿Qué aumenta el bienestar del enfermo? En Libro de resúmenes del II Congreso de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Santander: SECPAL; 1998.
15. Guía explicativa de la normativa regional del documento de instrucciones previas. Programa de seguridad del paciente en la Región de Murcia [citado 23 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=78225#uno>

**TEMA 4. RESPUESTA DE
FAMILIARES ANTE UN
PROCESO DE
ENFERMEDAD GRAVE Y/O
TERMINAL.**

María Valera Aroca

Ana Aroca Martínez

Ana María Fernández Jiménez

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN

2. REACCIONES Y EMOCIONES ANTE UNA ENFERMEDAD

3. REACCIONES FAMILIARES

3.1. ¿Cómo vive una pareja la muerte de su cónyuge?

3.2. ¿Qué ocurre cuando es un niño el que padece una enfermedad grave o terminal?

3.3. ¿Cómo afrontan los niños y adolescentes la muerte de un familiar?

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades terminales y crónicas se han convertido, a lo largo del tiempo y en todo el mundo, en uno de los problemas de salud más importantes puesto que comprenden una de las principales causas de muerte, destacando entre todos ellos el cáncer ¹.

Una **enfermedad terminal**, tal y como viene definido en el Diccionario de la Real Academia Española, es una situación grave e irreversible en la que se encuentra un enfermo o paciente cuya muerte se prevé muy próxima.

Por otro lado, como **enfermedad grave** se considera a cualquier dolencia o lesión que incapacite temporalmente a una persona para el desarrollo de su actividad habitual durante al menos tres meses, y que requiera intervención clínica de cirugía mayor o tratamiento en un centro hospitalario.

1. INTRODUCCIÓN

El padecimiento de una enfermedad crónica, máxime cuando el proceso es terminal, requiere una adaptación de toda la familia a la nueva situación. Esto conlleva un desgaste, sobre todo del cuidador principal, y puede suponer situaciones de conflicto y a veces de enfermedad de otros miembros de la familia.

En la etapa final adquiere gran importancia la intervención de los profesionales sanitarios, no sólo como apoyo instrumental sino también como apoyo social pudiendo abordar el duelo durante todo el proceso terminal, sin esperar al desenlace final, preparando a la familia y al propio paciente para afrontar la pérdida ².

1. INTRODUCCIÓN

Cuando nos enfrentamos a una de estas dos situaciones, una enfermedad grave o terminal, se emprende un camino que hasta entonces era desconocido y negado, provocando diversas **reacciones emocionales**, no solo en la persona que padece la enfermedad sino también en su círculo familiar ³.

En nuestra cultura, la ansiedad y el miedo son las respuestas más frecuentes asociadas a la muerte, pudiendo aparecer con mayor o menor peso en función de que se trate de la muerte propia, de un familiar, amigos o conocidos, dependiendo también de la historia personal y el estilo de afrontamiento ante las pérdidas o cambios ⁴.

2. REACCIONES Y EMOCIONES ANTE UNA ENFERMEDAD

Cuando se recibe una mala noticia, es normal que aparezcan emociones negativas, las cuales, por lo general, son comunes a todas las personas ante dicha situación. Existen numerosas reacciones en estos casos, destacando entre ellas las siguientes ^{3,5}:

- Shock o fase de crisis: en esta fase aparece fragilidad y vulnerabilidad, confusión, sentimientos de inseguridad y peligro. La persona necesita tiempo para asimilar lo que le está pasando. Es una fase que dura desde unos días a varias semanas.

2. REACCIONES Y EMOCIONES ANTE UNA ENFERMEDAD

- Negación: la persona tiende a negar que tiene dicha enfermedad, se vuelve reacia a aceptarlo, refiriendo que ha tenido que ser un error.
- Tristeza, depresión, llanto, impotencia y miedo: poco a poco la persona se hace consciente de la enfermedad que tiene y de todo lo que ello conlleva.
- Aceptación: una vez se ha asumido la enfermedad y con ayuda de los diversos tratamientos que se lleven a cabo, la persona siente cierto alivio al estar ayudando y contribuyendo al tratamiento y posible mejora de su enfermedad.

2. REACCIONES Y EMOCIONES ANTE UNA ENFERMEDAD

- Culpa: moralmente, estos pacientes sienten que sufren esa enfermedad porque se lo merecen.
- Incertidumbre: no saben lo que les va a ocurrir, tienen miedo por el futuro, por lo que les espera y por lo que la enfermedad les puede provocar.
- Rabia/agresividad: por lo general va dirigida hacia el personal sanitario y ámbito social más cercano, al que culpan de lo que les ocurre.
- Ansiedad: debida a una preocupación excesiva por lo que está ocurriendo y pueda suceder en un futuro.

3. REACCIONES FAMILIARES

Además de estas reacciones, comunes a todos cuando somos conocedores de una mala noticia, existen diferentes reacciones en función de la edad con la que recibamos dicha noticia y de acuerdo al parentesco que se tenga con la persona que presenta la enfermedad. A continuación, se van a detallar de manera separada, algunas de las diferentes reacciones planteadas, así como los sentimientos que se dan en ese familiar y cómo ve y vive desde su punto de vista la enfermedad.

3. REACCIONES FAMILIARES

3.1. Cómo vive una pareja la muerte de su cónyuge

La pérdida por muerte de la pareja se encuentra en primer lugar de los acontecimientos vitales estresantes y se relaciona con el desarrollo de la enfermedad física, tal y como detallan investigadores de Colmes y Rahe. Por ello, resulta de gran importancia desarrollar una atención adecuada con el objetivo de evitar los posibles riesgos ⁶.

3. REACCIONES FAMILIARES

3.1. Cómo vive una pareja la muerte de su cónyuge

Cuando fallece un cónyuge, sobretodo en edades avanzadas, el proceso del duelo se ve inmerso en sentimientos de dolor y pena por la pérdida, aturdimiento y temor e incluso culpa y rabia por ser la persona que aún permanece viva. Por otro lado, puede aparecer dolor físico y emocional, llantos frecuentes, problemas de concentración y para dormir, pérdida de interés en las comidas y dificultad para tomar decisiones ⁷.

3. REACCIONES FAMILIARES

3.1. Cómo vive una pareja la muerte de su cónyuge

Todas estas emociones son normales, pero es importante tener presente que si se prolongan en el tiempo, pueden llegar a ser perjudiciales para la salud creando ansiedad y depresión que habría de ser tratada. A raíz de esta pérdida, la persona se encuentra en una situación en la que tiene que reordenar su vida ⁷.

3. REACCIONES FAMILIARES

3.1. Cómo vive una pareja la muerte de su cónyuge

Estos duelos siguen una serie de fases, comunes a cualquier pérdida. Pero hay que destacar diversos factores específicos en la pérdida de la pareja, que influyen en el tiempo que dura este proceso, el cual fluctúa entre los 6 meses y los 2 años. Entre estos factores se encuentran la personalidad de la pareja y su forma de vivir la pérdida, el aspecto cognitivo ante esa pérdida, sus recursos propios como la autoestima o forma de afrontar los problemas y por último, el grado de importancia de la relación y la fase en la que se encuentra en el momento de la pérdida, puesto que el apoyo social de amigos y familiares es clave para superar el dolor ⁶.

3. REACCIONES FAMILIARES

3.1. Cómo vive una pareja la muerte de su cónyuge

En personas mayores, la enfermedad grave o la muerte del cónyuge puede repercutir de forma negativa en la salud del otro miembro de la pareja hasta el punto de poder acelerar su fallecimiento. Esto se ve reflejado científicamente en un estudio realizado con más de un millón de personas mayores de 65 años, en el que se evidencia el llamado “efecto viudedad” y la relación que tiene el riesgo de sufrir dicho efecto con la enfermedad que padezca el cónyuge ⁸.

3. REACCIONES FAMILIARES

3.1. Cómo vive una pareja la muerte de su cónyuge

Un estudio realizado en 2006 por el Instituto Nacional del Envejecimiento, puso en evidencia que alrededor de un 16% de las personas mayores que pierden a su pareja viven una tristeza crónica, mostrando sintomatología depresiva destacable hasta los 18 meses después de la pérdida.

3. REACCIONES FAMILIARES

3.2. Qué ocurre cuando es un niño el que padece una enfermedad grave o terminal

Los cuidados paliativos en pediatría han ido adoptando un modelo más amplio que en el adulto, aceptando al mismo tiempo el tratamiento curativo y paliativo no considerándolos mutuamente excluyentes. En 2002 Children's Hospice Internacional desarrolló un programa de atención para el niño y su familia desde el diagnóstico hasta el seguimiento del duelo denominado "Cuidado todo incluido para el niño y su familia" ⁹.

3. REACCIONES FAMILIARES

3.2. Qué ocurre cuando es un niño el que padece una enfermedad grave o terminal

La mayoría de la investigación en este campo se centra en el cáncer pediátrico por ser la segunda causa de mortalidad infantil en los países desarrollados. Por ello gran parte de la información aportada en este apartado hace referencia a esta patología aunque su aplicación pueda hacerse extensible a cualquier otra enfermedad terminal infantil.

3. REACCIONES FAMILIARES

3.2. Qué ocurre cuando es un niño el que padece una enfermedad grave o terminal

Ante una enfermedad infantil grave y/o terminal los cambios en la dinámica familiar son evidentes, a veces impredecibles y disruptivos. Se producen modificaciones de las rutinas familiares como asignación de roles, división de las tareas, comidas, actividades lúdicas, etc. Se alteran las prioridades y los planes tanto particulares como de la familia en su conjunto. Suelen surgir cambios en el modo en que se expresan las emociones, modificándose el estilo emocional de la familia ¹⁰.

3. REACCIONES FAMILIARES

3.2. Qué ocurre cuando es un niño el que padece una enfermedad grave o terminal

Las diferentes reacciones familiares están en función de las características de la enfermedad del niño: según si la aparición ha sido aguda o gradual, el curso progresivo o con recaídas, con pronóstico de curación, acortamiento de la vida o muerte, si se encuentra en un momento de crisis, crónico o terminal. Las respuestas familiares son muy diversas y dependientes, en gran medida, del momento o fase de la enfermedad en la que se encuentre el niño ¹⁰.

3. REACCIONES FAMILIARES

3.2. Qué ocurre cuando es un niño el que padece una enfermedad grave o terminal



3. REACCIONES FAMILIARES

3.2. Qué ocurre cuando es un niño el que padece una enfermedad grave o terminal

EN LOS PADRES

Las reacciones más frecuentes de los padres al conocer el diagnóstico de una enfermedad grave en sus hijos y durante su evolución son ^{11,12}:

- Bloqueo inicial, sensación de irrealidad ante el diagnóstico e incertidumbre acerca de la evolución
- Preocupación por cómo se le va a comunicar al niño la enfermedad y el sufrimiento que ésta puede acarrearle.
- Sobreprotección hacia el hijo enfermo, seguramente por la creencia de que deben compensarle por el sufrimiento de la enfermedad.

3. REACCIONES FAMILIARES

3.2. Qué ocurre cuando es un niño el que padece una enfermedad grave o terminal

- Sentimiento de vulnerabilidad e impotencia al no verse capaces de protegerlos, ocasionando en ellos sentimientos de culpa.
- Es frecuente que los padres presenten insomnio, sintomatología ansiosa/depresiva y pensamientos recurrentes sobre las secuelas de la enfermedad y la muerte del hijo enfermo.
- Aparición de miedos y duelo anticipado ante el empeoramiento clínico.
- Se agravan problemas conyugales existentes o pueden surgir nuevas desavenencias.

3. REACCIONES FAMILIARES

3.2. Qué ocurre cuando es un niño el que padece una enfermedad grave o terminal

En la fase terminal los padres pueden sentir que el esfuerzo realizado hasta ese momento ha sido en vano, reagudizándose los sentimientos de ira, culpa, tristeza, etc. En este sentido, diferentes investigaciones apuntan a que la percepción de apoyo social produce un impacto positivo y significativo como estrategia de afrontamiento en los diferentes momentos del proceso ^{11,13}:

- En la fase inicial de diagnóstico los padres demandan más apoyo informativo por parte de los profesionales sanitarios.
- Según avanza la enfermedad el apoyo instrumental y social se hace más prioritario.

3. REACCIONES FAMILIARES

3.2. Qué ocurre cuando es un niño el que padece una enfermedad grave o terminal

EN LOS HERMANOS

La enfermedad también tiene repercusiones en los otros hijos de la familia.

La dedicación paterna y los cuidados especiales que requiere el niño enfermo pueden convertirse en fuentes generadoras de enfado, ira, celos, aislamiento, etc. en los hermanos, siendo más relevante en los períodos de hospitalización e incrementándose la sensación de abandono ¹².

3. REACCIONES FAMILIARES

3.2. Qué ocurre cuando es un niño el que padece una enfermedad grave o terminal

Los hermanos son testigos del cambio que se produce en su hermano enfermo (deterioro físico y funcional, dolor, etc.), pueden no comprender el proceso y presentar temor a perderlos. En el ámbito familiar se modifican las rutinas, centrándose la atención en el niño enfermo y los hermanos quedan en un segundo plano ¹⁴.

3. REACCIONES FAMILIARES

3.2. Qué ocurre cuando es un niño el que padece una enfermedad grave o terminal

Por ello, es habitual que aparezca en los hermanos:

- Sentimiento de culpa por permanecer sano
- Sentimientos negativos y/o contradictorios hacia el hermano enfermo
- Miedo al contagio y a enfermar ellos también
- Manifestar conductas inadecuadas o disruptivas para captar la atención parental

3. REACCIONES FAMILIARES

3.2. Qué ocurre cuando es un niño el que padece una enfermedad grave o terminal

Así por ejemplo, un estudio realizado por Kaplan y col. (2013) en hermanos de niños con cáncer puso en evidencia:

- Supone una experiencia traumática → el 60% experimentan reacciones moderadas o severas de estrés postraumático: perciben la situación como amenazante y sienten miedo o impotencia, reexperimentan situaciones desagradables, presentan conductas de evitación o hiperactivación.

3. REACCIONES FAMILIARES

3.2. Qué ocurre cuando es un niño el que padece una enfermedad grave o terminal

- Interfiere en el funcionamiento normal del niño → el 74% manifestaron aparición o incremento de problemas en diferentes ámbitos: escolar, actividades de ocio, relaciones con los amigos y relaciones familiares.
- Aparecen síntomas de ansiedad y depresión → nerviosismo, irritabilidad, conductas disruptivas, aislamiento, tristeza, etc.

3. REACCIONES FAMILIARES

3.3. Cómo afrontan los niños y adolescentes la muerte de un familiar

La actitud ante la muerte va a depender en gran medida del momento evolutivo en que se encuentre el niño. En función de la edad y la etapa de desarrollo, la comprensión y del concepto de muerte va modificándose ⁴:

3. REACCIONES FAMILIARES

3.3. Cómo afrontan los niños y adolescentes la muerte de un familiar

- Infancia →: hasta los dos años el niño no tiene concepto de muerte y no suelen producirse reacciones importantes, a partir de los 3-4 años aparece el sentimiento de desamparo y el miedo a que se produzca abandono. Pueden mostrarse perplejos, comportamientos de regresión, sentimientos de ambivalencia, pueden expresar su dolor a través de los juegos.

3. REACCIONES FAMILIARES

3.3. Cómo afrontan los niños y adolescentes la muerte de un familiar

- Niñez → a partir de los 5-6 años aparece el miedo a la muerte aunque no se percibe como un proceso definitivo sino reversible (por ejemplo: “está en el cielo”) pudiendo desencadenarse, ante la misma, comportamientos agresivos, desobediencia, disminución del rendimiento escolar, etc.

3. REACCIONES FAMILIARES

3.3. Cómo afrontan los niños y adolescentes la muerte de un familiar

- Pre y adolescencia → concepto de muerte semejante al adulto, se identifica la muerte como definitiva y se incorpora la posibilidad de la propia muerte. También se asocia a los procesos terminales (sufrimiento, dolor, soledad) debiendo prestar especial atención a la identificación del adolescente con el fallecido y una posible actitud suicida.

3. REACCIONES FAMILIARES

3.3. Cómo afrontan los niños y adolescentes la muerte de un familiar

Los adultos intentan amortiguar los efectos de las pérdidas o la muerte en los niños y se sienten angustiados ante la demanda de información infantil. Esto puede provocar que el niño deje de preguntar, lo que no significa que su deseo de saber quede calmado. Cuando esto ocurre el niño inventa sus propias teorías teñidas de miedos, más o menos acertadas, y creando sus propias defensas y fantasías (negación, culpa, tristeza, etc.)

3. REACCIONES FAMILIARES

3.3. Cómo afrontan los niños y adolescentes la muerte de un familiar

Por ello la información que se le ofrezca debe ser siempre adaptada a cada niño, a su desarrollo cognitivo, al momento evolutivo en el que está y siempre de forma sincera y honesta. Es importante integrar a los niños más mayores y adolescentes a los ritos de despedida y ofrecerles la posibilidad de participar activamente ¹⁵.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández Valle I, Nafría Soria. Ruta de consulta del paciente oncológico. En: Endo Ediciones, editor. Manual de Rutas de Cuidados al paciente adulto en urgencias y hospitalización médica. 1ª ed. Madrid: Fuden; 2012. P.402-409.
2. Fuentes MC, Maya MU. Atención a la familia: la atención familiar en situaciones concretas. Anales Sis San Navarra. 2001; 24 (2): 83-92.
3. Celso Iglesias. Psicología Médica. Aspectos psicológicos ante la enfermedad y la muerte [internet]. Asturias: Universidad de Oviedo; 2013 [acceso 15 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.unioviedo.es/psiquiatria/docencia/material/PSICOLOGIAMEDICA/2012-13/22PM-ENF-MUERTE.pdf>
4. Gala F, Lupiani M, Raj, R, Guillen C, Gonzále, J, Villaverde MC et al. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. Cuadernos de Medicina Forense. 2002; 30: 39-50.
5. Asociación Española Contra el Cáncer [sede Web]; 2015 [actualizado 5 de agosto de 2015; acceso 15 de octubre de 2015]. Sobre el cáncer. ¿Cómo enfrentarse a la enfermedad? Pautas para pacientes. Ante la enfermedad [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/EnfrentarseA/pautasparapacientes/antelaenfermedad/Paginas/antelaenfermedad.aspx>
6. Urbano E. Duelo. Psicología y Coaching Psicoarea [sede Web]. Guía de autoayuda personal, problemas de pareja y familiar; 2006 [acceso 15 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.psicoarea.org/duelo.htm>
7. Instituto Nacional sobre el Envejecimiento [sede Web]. Estados Unidos: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos; 2013 [actualizado 22 de enero de 2015; acceso 15 de octubre de 2015]. El duelo por la muerte de un cónyuge [aproximadamente 6 pantallas]. Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/espanol/publicaciones/duelo-muerte-conyuge>

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8. Sanz Ortiz J. El suelo al perder a la pareja [monografía en Internet]. Santander: Servicio de Oncología Médica y Cuidados Paliativos (Hospital Universitario Marqués de Valdecilla); [acceso 27 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo10.pdf>
9. Chirino-Barceló YA, Gamboa JD. Cuidados paliativos en pediatría. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2010; 67: 270-280.
10. Grau C, Espada MC. Percepción de los padres de niños enfermos de cáncer sobre los cambios en las relaciones familiares. *Psicooncología.* 2012; 9 (1): 125-136. doi: 10.5209/rev_PSIC.2012.v9.n1.39142
11. Pozo C, Bretones B, Martos MJ, Alonso E, Cid N. Repercusiones psicosociales del cáncer infantil: apoyo social y salud en familias afectadas. *Rev Latinoam Psicol.* 2015; 47(2): 93-101.
12. Méndez X, Orgilés M, López-Roig S, Espada JP. Atención psicológica en el cáncer infantil. *Psicooncología.* 2004; 1 (1): 139-154.
13. Estévez R., Oliva A, Parra, A. Acontecimientos vitales estresantes, estilo de afrontamiento y ajuste adolescente: un análisis longitudinal de los efectos de moderación. *Rev Latinoam Psicol.* 2012; 44(2): 39-53. doi.org/10.14349/rlp.v44i2.1030
14. Kaplan LM, Kaal KJ, Bradley L, Aldelfer MA. (2013). Cancer-related Traumatic Stress Reactions in siblings of children with cancer. *Families, Systems, & Health.* 2013; 31 (2): 205–217. doi: 10.1037/a0032550
15. Cid-Egea L. Explícame qué ha pasado: Guía para ayudar a los adultos a hablar de la muerte y el duelo con los niños. 1ªed. Madrid: Fundación Mario Losantos del Campo; 2011.

TEMA 5. MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN CUIDADOS PALIATIVOS.

¿Qué son los cuidados paliativos?

Los cuidados paliativos son aquellos que se le prestan a toda persona y familia aquejada de una enfermedad terminal, degenerativa, crónica, etc, con el objetivo de minimizar, aliviar o reducir, los síntomas y los efectos secundarios de la enfermedad o tratamiento, también se tratan problemas emocionales, sociales y espirituales que la enfermedad plantea, con el objetivo de facilitarle una mejor calidad de vida y una muerte digna. Este tipo de patología, trae consigo un grupo de sintomatología y problemas físicos, psíquicos, que deben ser tratados con medicamentos con el objetivo de reducir al máximo su efecto sobre la persona o familia. Es a partir de aquí cuando comienza el TRATAMIENTO PALIATIVO, el cual les describiré a lo largo de dicho capítulo, los diferentes medicamentos utilizados para mejorar el confort de la persona y familia afectada.

- El Comité de Expertos en Selección y Uso de Medicamentos Esenciales recomienda que se consideren esenciales todos los fármacos citados en *Cancer Pain Relief: with a Guide to Opioid Availability*, 2a edición. Ginebra: OMS 1996. Estos fármacos están incluidos en las secciones correspondientes de la Lista Modelo según su uso terapéutico, por ejemplo los analgésicos.
- Los cuidados paliativos incluyen el alivio del dolor y de los síntomas como disnea, agitación y confusión, anorexia, estreñimiento, prurito, náusea y vómitos, e insomnio. Hay que animar a las autoridades sanitarias para que desarrollen sus propios servicios de cuidados paliativos.
- El alivio del dolor se puede conseguir con fármacos y terapias neuroquirúrgicas, psicológicas y conductuales adaptadas a las necesidades individuales del paciente. Si se realizan de manera correcta, muchos pacientes con dolor oncológico pueden obtener un alivio eficaz. Es preferible tratar el dolor con una combinación de medidas farmacológicas y no farmacológicas. Algunos tipos de dolor responden bien a una combinación de un analgésico opiáceo y uno no opiáceo. Otros tipos de dolor mejoran con la combinación de un corticoide y un opiáceo.

- El dolor neuropático con frecuencia presenta una baja respuesta a los opiáceos y no opiáceos, pero se puede aliviar con antidepresivos tricíclicos y anticonvulsivos (véase después). Los pacientes con cáncer sufren con frecuencia ansiedad, y pueden padecer depresión. Los pacientes muy ansiosos o profundamente deprimidos pueden necesitar un fármaco psicotrópico adecuado además de un analgésico. Si no se tiene en cuenta este hecho, el dolor puede ser intratable.

En la mayoría de pacientes, el dolor oncológico puede ser aliviado con analgésicos:

- **Por vía oral:** si es posible, los analgésicos se deben administrar por vía oral. Los supositorios por vía rectal son útiles en pacientes con disfagia, vómitos intratables u obstrucción gastrointestinal. La infusión subcutánea continua es una vía alternativa.
- **A intervalos regulares:** los analgésicos son más eficaces para prevenir el dolor que para aliviar un dolor establecido, por lo que las dosis se deben administrar a intervalos regulares y tituladas según el dolor del paciente; si el dolor aparece entre dosis, se recomienda administrar una dosis de rescate, y la siguiente dosis incrementada.

•**Según la escala:** el primer paso es administrar un analgésico no opiáceo como el **ácido acetilsalicílico**, **paracetamol** o **ibuprofeno**, si es necesario con un fármaco adyuvante. Si no se consigue un alivio del dolor, se añade un opiáceo para el dolor leve o moderado como la **codeína**. Cuando esta combinación no consigue aliviar el dolor, se debe sustituir por un opiáceo para el dolor moderado o grave como la **morfina**.

•**Individualizado:** no hay dosis estándar para los fármacos opiáceos. El intervalo para la morfina oral es desde 5 mg hasta más de 100 mg cada 4 horas.

•**Con minuciosidad:** la primera y la última dosis del día debe estar relacionada con el momento de levantarse y acostarse del paciente. Idealmente, se debe escribir toda la pauta farmacológica para el paciente y su familia. Hay que advertir al paciente sobre los posibles efectos adversos.

- **Fármacos para el dolor neuropático**
- El dolor neuropático suele responder a un antidepresivo tricíclico, como la **amitriptilina** , o a un anticonvulsivo como la **carbamacepina** o el **valproato sódico** la **ketamina** o la **lidocaína** por infusión intravenosa pueden ser útiles en algunas circunstancias. El dolor neuropático responde sólo parcialmente a los opiáceos, pero éstos se pueden considerar una alternativa en caso de fracaso de otras opciones. Puede ser necesario un corticoide, sobre todo para reducir la presión y aliviar el dolor en caso de compresión nerviosa.

- **Formulación Indicación en CP por IAHPC Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS Sección, subsección e indicación**
- **Amitriptilina***
- 50-150 mg comprimidos Depresión - Trastornos depresivos
- Dolor neuropático
- **Bisacodilo**
- 10 mg comprimido Estreñimiento
- 10 mg supositorios rectales
- **Carbamazepina****
- 100- 200 mg comprimidos Dolor neuropático -
- **Anticonvulsivos/antiepilépticos**
- Trastornos bipolares
- **Citalopram** (o cualquier otro SSRI 20 mg comprimidos
- Depresión
- genérico equivalente excepto 10 mg/5ml solución oral
- **paroxetina o fluvoxamina**) 20-40 mg inyectable
- **Codeina**
- 30 mg comprimidos Diarrea - Analgésicos opiáceos
- Dolor - leve a moderado 17.5.3 - Antidiarreicos
- **Dexametasona**
- 0.5-4 mg comprimidos Anorexia - Antialérgicos y anafilaxia 4 mg/ml inyectable Nausea - Hormonas y antihormonas para: Dolor neuropático Vómito
- **Diazepam**
- 2.5 -10 mg comprimidos Ansiedad
- Sedación preoperatoria y sedación breve 5 mg/ml inyectable
- **Anticonvulsivos/antiepilépticos**
- 10 mg supositorios rectales - Ansiedad generalizada, trastornos del sueño
- **Diclofenaco**
- 25-50 mg comprimidos Dolor - leve a moderado 50 y 75 mg/3ml inyectable

- **Diphenhydramina**
- 25 mg comprimidos Nausea
- 50 mg/ml inyectable Vómito
- **Fentanilo**
- 25 microgramos/hr Dolor - moderado a severo
- (parche transdérmico) 50 microgramos/hr
- **Gabapentina**
- 300 mg o 400 mg comprimidos Dolor neuropático
- **Haloperidol**
- 0.5 - 5 mg comprimidos Delirio - Trastornos psicóticos
- 0.5 - 5 mg gotas Nausea
- 0.5 - 5 mg/ml inyectable Vómito
- Agitación terminal
- **Butilbromuro de hioscina**
- 20 mg/1ml solución oral Nausea
- 10 mg comprimido Congestión respiratoria terminal
- 10 mg/ml inyectable Dolor visceral
- Vómito
- **Ibuprofeno**
- 200 mg comprimidos Dolor - leve a moderado - Analgésicos no opiáceos y AINEs
- 400 mg comprimidos

- **Morfina Liberación inmediata:**
- 10-60 mg comprimidos Dyspnea 2.2 - Analgésicos opiáceos
- **Liberación inmediata:**
- 10mg/5ml solución oral Dolor - moderado a severo
- **mediataLiberación**
- inmediata: 10 mg/ml inyectable
- **Liberación prolongada:**
- 10 mg comprimido
- **Liberación prolongada:**
- 30 mg comprimido
- **Octreotide**
- 100 mcg/ml inyectable Diarrea
- Vómito
- Sales de rehidratación oral Diarrea 17.5.1 - Rehidratación oral
- **Oxycodona**
- 5 mg comprimido Dolor - moderado a severo
- **Paracetamol (Acetaminofen)**
- 100-500 mg comprimidos Dolor - leve a moderado 2.1 - Analgésicos no opiáceos y AINEs
- 500 mg supositorios rectales
- **Prednisolona**
- 5 mg comprimido Anorexia 3 - Antialérgicos y anafilaxia
- (como alternativa a Dexamethasone) 8.3 - Hormonas y antih
- - **Agentes anti inflamatorios**
- **Sen (senósidos)**
- 8.6 mg comprimido Estreñimiento 17.4 - Laxantes

Tramadol

50 mg comprimidos/capsulas Dolor - leve a moderado

100mg/1ml solución oral

50mg/ml inyectable

Trazodona

25-75 mg comprimidos Insomnio

50 mg inyectable

Zolpidem

(Aún bajo patente) 5-10 mg comprimidos Insomnio

Complementario : Requiere de entrenamiento y/o métodos de aplicación especiales

- Dosis limitada por los efectos secundarios

Alternativas a la **amitriptilina y los antidepresivos tricíclicos (debe tener por lo menos una droga además de la **dexametasona**)

*** Para uso breve en insomnio

Notas:

Las **Benzodiazepinas** no deben ser utilizadas en los ancianos

Los Anti Inflamatorios no Esteroideos (AINEs) deben ser utilizados por periodos cortos de tiempo

NINGUN GOBIERNO DEBE APROBAR MORFINA DE LIBERACIÓN PROLONGADA, FENTANYL NI OXYCODONA SIN GARANTIZAR TAMBIEN LA DISPONIBILIDAD DE MORFINA DE liberacion inmediata.

- **MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS**
- **medicamentos anti-inflamatorios no-opioides y no esteroideos (NSAIMs)**
- ácido acetilsalicílico
- ibuprofeno
- paracetamol *
- **Analgésicos opioides**
- codeína
- morfina **
- Alternativas limitadas a la hidromorfona y a la oxicodona.
- **Medicamentos para otros síntomas comunes en los cuidados paliativos**
- amitriptilina
- cyclizine
- dexametasona
- diazepam
- docusato sódico
- fluoxetina
- haloperidol
- hioscina butilbromuro
- lactulosa
- loperamida
- metoclopramida
- midazolam
- ondansetron
- senna

**DETECCIÓN PRECOZ DE
LA HIPOACUSIA INFANTIL:
IMPORTANCIA DE LA
GUIA DE PRÁCTICA
CLINICA EN EL TRABAJO
DE ENFERMERÍA**

ISABEL M^a JIMÉNEZ GARCÍA

/TAMARA ARBOL PEDREÑO /

ALBERTO MIRA BETETA/SARAY

INDICE

1. JUSTIFICACIÓN
2. SITUACIÓN ACTUAL
3. HIPOTESIS Y OBJETIVOS
4. METODOLOGÍA
5. DISEÑO DE UNA GUIA DE PRÁCTICA CLINICA
6. CONSIDERACIONES GENERALES
7. BIBLIOGRAFÍA

1. JUSTIFICACIÓN

La **Hipoacusia** es la incapacidad total o parcial de un paciente para oír presentando por ello, un déficit auditivo.

REPERCUSIÓN SOCIAL – FAMILIAR- ESCOLAR Y LABORAL INCIDENCIA

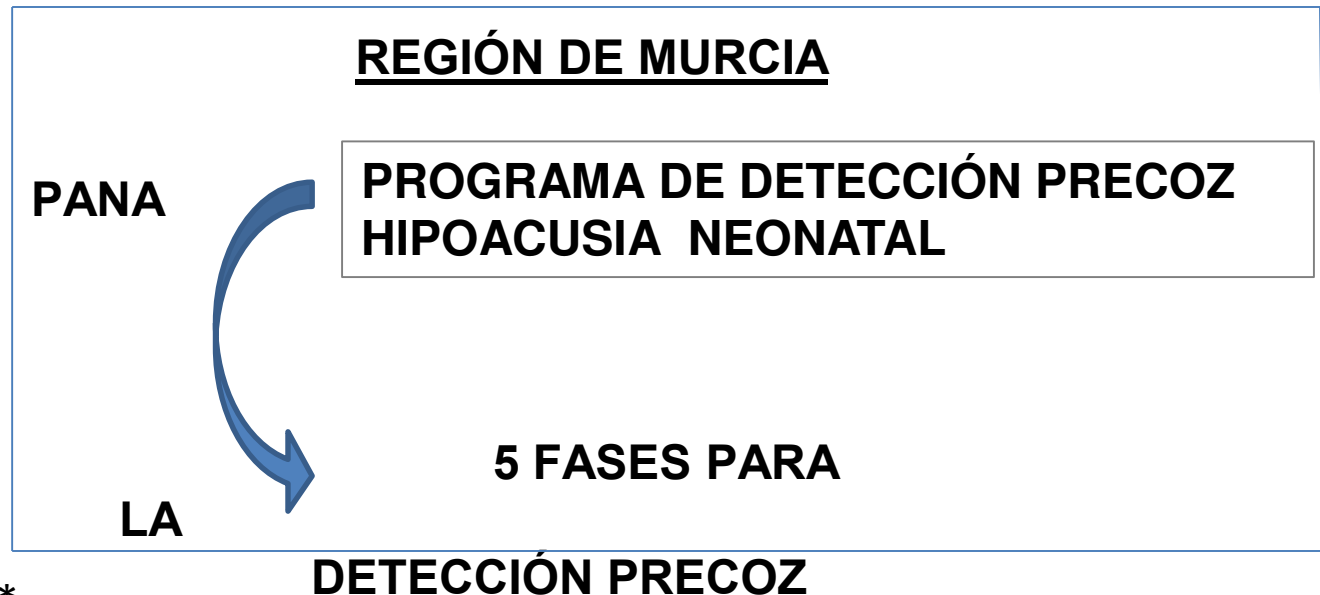
- **Afecta a 1 de cada 1000 nacidos vivos***
- **con factores de riesgo: 4 x 1000 hipoacusias graves**
- **9 para el resto***

Falsos Negativos Interpretación incorrecta de la prueba, hipoacusias progresivas de aparición tardía o adquiridas **postnatales.**

*Consejería de Sanidad. Dirección General de la Salud Pública "Programa de Detección Precoz de las Hipoacusias Neonatales" Murcia. Marzo, 2012

2. SITUACIÓN ACTUAL

- SENSIBILIDAD EN 3 DIFERENTES ESTUDIOS* 85- 89- 94%
- TASA FN SEGÚN ESOS 3 ESTUDIOS* 15- 11- 6%



*González de Dios, J.; Mollar Maseresb, J.; Rebagliato Russoc, M.: "Evaluación del programa de detección precoz universal de la hipoacusia en el recién nacido". Anales de Pediatría. Barcelona, 2005; 63(3):230-7

3. HIPÓTESIS Y

OBJETIVOS HIPOTESIS

Detectar los falsos negativos en el diagnóstico de hipoacusia, en consulta de Enfermería contando con una guía de práctica clínica, cuando se trabaja en la atención al niño sano, incrementaría la satisfacción del usuario y la calidad

OBJETIVOS

- ✓ Realizar una guía de práctica clínica que faculte el trabajo de Enfermería en la detección de la hipoacusia infantil.
- ✓ Gestionar desde la consulta del niño sano en Enfermería que se preste un servicio interdisciplinar y de colaboración con la unidad de otorrinolaringología, aplicando la guía de práctica clínica.
- ✓ Proporcionar las

4. METODOLOGÍA

❖ TIPO DE ESTUDIO

Analítico, prospectivo, observacional y de seguimiento individual.

❖ MARCO TEÓRICO

Teoría de Kathryn E. Barnard, denominada “Modelo de interacción para la evaluación de la salud infantil.”

Fran Alipio y María Mariner Tomey, Ann: “Modelo y teorías en Enfermería” Ed. Elsevier Mosby, 7ª edición. 2011. Págs. 61-62.

** ley 41/2002, 14 de noviembre. BOE núm.274

*** Ley 15/1999, 13 de diciembre, BOE núm.298

❖ POBLACIÓN DIANA

- *Niños remitidos por:*
- *Recién nacidos*

PEDIAT
RIA
OR

❖ CONSIDERACIONES ÉTICAS

- *Ley 41/2002***
- *Ley 15/1999****

5. DISEÑO DE UNA GUIA DE

PRÁCTICA CLÍNICA

ELABORACIÓN DE UNA GPC

1. Delimitación del alcance de los objetivos
2. Creación del grupo de elaboración de la GPC
3. Formulación de preguntas clínicas
4. Búsquedas, evaluación, síntesis de la literatura
5. Formulación de recomendaciones
6. Revisión externa
7. Edición de la GPC
8. Evaluación

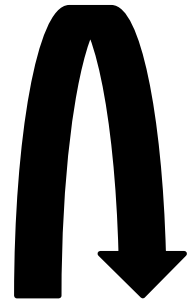
DISPOSICIÓN

GPC

- ✓ Servicio de ORL: con profesionales de Medicina y Enfermería.
- ✓ Atención Primaria: profesionales de la consulta de Pediatría y de Enfermería en Atención al niño sano,.
- ✓ Psicología Clínica, Logopedia, Trabajo Social, Terapia Ocupacional.

6. CONSIDERACIONES GENERALES

- Papel Enfermería GPC consulta niño sano**
- Detectar Falsos Negativos**
- Servicio Interdisciplinar**



El papel de Enfermería en la elaboración de una GPC sobre la Detección Precoz de la Hipoacusia infantil es fundamental, y una vez implementada en la consulta del niño sano, prestando un servicio interdisciplinar, detectará los falsos negativos dando apoyo a las familias y niños que lo necesiten.

La atención de Enfermería a los niños con déficit auditivo requiere formación en pruebas auditivas y de rehabilitación. Teniendo en cuenta que los objetivos generales, centrados en la valoración, la prevención y la rehabilitación del niño afectado, son responsabilidad de la enfermera, la interacción con la familia y resto de profesionales va a condicionar la detección precoz y la puesta en marcha de medidas alternativas para su tratamiento y

cuidados

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Pedraza Anguera, A.: “Pediatria en Atención primaria” Revista Pediatría Atención Primaria Vol.14 nº 53; Madrid, marzo 2012, suplemento 2011. [Consultado 03 de Enero de 2016]
Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113976322011000400006&script=scarttext>
2. Espín Ríos, María Isabel; Cervantes Pardo, Antonio:
“Programa de atención al niño y al adolescente” (PANA).
Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública.
Murcia, 2007
3. Consejería de Sanidad. Dirección General de la Salud Pública.
“Programa de Detección Precoz de las Hipoacusias Neonatales”. Murcia. Marzo, 2012. [Consultado el 10 de enero de 2016] Disponible
en:<https://www.murciasalud.es/archivo.php?id=233250>
4. González de Dios, J.; Mollar Maseresb, J.; Rebagliato Russoc, M · “Evaluación del programa de detección precoz universal de

PREVENCIÓN ÚLCERAS POR PRESIÓN

MÓNICA FERRÁNDIZ TOMÁS
LAURA MARTÍNEZ VICENTE

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- FACTORES PREDISPONENTES PARA LA APARICIÓN DE UPP.
- MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA ÚLCERA POR PRESIÓN.
- BIBLIOGRAFÍA.

INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPP) no son un problema exclusivo de personas ancianas. Cualquier persona expuesta a una presión prolongada tiene riesgo de desarrollar una UPP.

Las UPP son un importante problema por sus repercusiones en cuanto a la salud, calidad de vida de los pacientes, consumo de recursos sanitarios, etc.

FACTORES PREDISPONENTES PARA LA APARICIÓN DE UPP

Además de la presión mantenida en el tiempo, existen otros factores como la disminución de la sensibilidad y movilidad, la sedación, el dolor, la insuficiencia vasomotora, la presión arterial baja, la vasoconstricción periférica, la insuficiencia cardíaca, fármacos simpaticomiméticos y la septicemia que son coadyuvantes, predisponentes o favorecedores de la aparición de UPP.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

- Mantener una piel intacta en el paciente.
 - Higiene corporal o local diaria/a demanda.
 - Cambios de sábanas c/8 horas o más según riesgo de UPP.
 - Examinar y registrar el estado de la piel a diario.
 - Aplicar emulsiones cutáneas suavizantes, vaselina líquida o ácidos grasos hiperoxigenados (en las zonas de riesgo).
- Evitar humedad, signos de maceración o infección de la piel por el contacto de incontinencia fecal/urinaria, sudoración, drenajes y exudado de heridas.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

- Aliviar la presión sobre las prominencias óseas.
 - Cambios posturales.
 - Superficies de apoyo dinámicas o estáticas de altas prestaciones. Colchón de aire alternante, viscoelásticos, etc.
 - Proteger las prominencias óseas con apósitos hidrocoloide, productos barrera o espumas de poliuretano y/o taloneras en velcro.
 - Mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio.
 - Evitar el arrastre.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

- Asegurar un estado de nutrición e hidratación adecuado.
 - El aporte para un estado nutricional adecuado debe de ser: calórico, proteico y de vitaminas y minerales.
 - Alimentación hiperproteica o con suplementos dietéticos hiperproteicos según la persona a tratar.

BIBLIOGRAFÍA

- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Directrices Generales sobre Prevención de las Úlceras por Presión. Logroño.20003
<http://www.gneaupp.org/documentos/gneaupp/prevencion.pdf>
- Soldevilla Agreda JJ. Guía práctica de las úlceras de piel. 4ª ed. Madrid: Braun; 1998
- Prevención de las úlceras de decúbito (editorial). The Lancet (ED. Esp.). 1990; 17 (4): 214-216.

ÚLCERAS POR PRESIÓN TRATAMIENTO

LAURA MARTÍNEZ
VICENTE

MÓNICA FERRÁNDIZ
TOMÁS

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Úlcera por Presión. Definición.
- Estadios úlceras por presión.
- ¿Cuándo sospechar que hay afectación profunda en una úlcera por presión?
- Evaluación de una úlcera por presión para poderla tratar correctamente.
- Curación de una úlcera por presión dependiendo de estadio de la UPP.
- Úlceras por presión infectadas.
- ¿Qué hacer ante una infección de una UPP?
- Otro tratamiento alternativo cuando no funcionan los anteriores.
- Bibliografía.

ÚLCERA POR PRESIÓN. DEFINICIÓN.

Lesión provocada como su nombre indica, por presión y fricción entre dos planos, un plano, el del paciente, y otro plano externo, generado por la fuerza cizallamiento.

ESTADIOS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Estadio 1: Se manifiesta por enrojecimiento de la piel que no cede a la presión ni con el cambio de postura. No hay pérdida de integridad cutánea.

Ejemplo: un eritema.

Estadio 2: Pérdida de integridad cutánea que afecta a epidermis y/o dermis, no presenta esfacelos.

Un ejemplo de este estadio sería una flictena.

Estadio 3: Pérdida de todo el grosor de la piel, afectando a epidermis, dermis y tejido subcutáneo, no afecta a fascia subyacente. Puede haber en este estadio necrosis.

Estadio 4: Pérdida de todo el grosor de la piel y de estructuras de sostén (músculo, hueso, tendones) afectadas. En este estadio aparecen esfacelos.

¿CUÁNDO SOSPECHAR QUE HAY AFECTACIÓN PROFUNDA EN UNA UPP?

Cuando encontramos una zona de la piel intacta en la cuál la temperatura es distinta de la del resto de la piel, hay hematoma o esta enrojecida.

Eritema
Estadio 1



Eritema
Estadio1



UPP Estadio 2

UPP Estadio 3

UPP estadio 4



EVALUACIÓN DE UNA ÚLCERA POR PRESIÓN PARA PODERLA TRATAR CORRECTAMENTE

1. Ver a que estadio pertenece dicha úlcera y medir el tamaño.
2. Ver localización, dónde se encuentra esa úlcera.
3. Comprobar exudado si lo tiene, ver aspecto del exudado y valorar si presenta infección.
4. Valorar piel perilesional.
5. Ver si dicha úlcera presenta un mayor riesgo por haber humedad donde se encuentra.
6. Valorar si hay esfacelos, tejido de granulación.
7. Preguntar al paciente si tiene dolor, para administrar analgésico prescrito en tratamiento por dolor.
8. Ver si la úlcera es profunda o esta cavitada.
9. Valorar si presenta dicha úlcera signos de infección.

CURACIÓN DE UNA ÚLCERA POR PRESIÓN DEPENDIENDO DE ESTADIO DE LA UPP

ESTADIO 1 O ERITEMA

En este estadio será importante aliviar y prevenir presiones en dicho eritema. Se utilizarán aceites hiperoxigenados que ayuden a oxigenar ese tejido. También se utilizarán dispositivos de prevención de UPP, como taloneras textiles, taloneras de espuma de poliuretano, colchón antiescaras, cojín antiescaras...

También realizaremos la escala de Norton para valorar el riesgo de UPP.

Es importante comentar al médico el inicio de un eritema. El médico valorará estado general del paciente. Es posible que el médico le mande una analítica para valorar estado nutricional y general del paciente, función renal de dicho paciente y va con eso valorará si precisa suplemento en

ESTADIO 2

Realizar lavado con suero salino fisiológico con mínima fuerza mecánica (se considera que en la gran mayoría de úlceras por presión es el más utilizado porque no afecta negativamente al tejido de granulación).

Aplicar apósito hidrocoloide.

El apósito hidrocoloide: actúa como barrera protectora frente a gérmenes y aísla del exterior, provoca un entorno de la UPP húmedo, y al entrar en contacto el apósito con la herida, tiene unas partículas que se convierten en gel que absorbe los detritos, bacterias... presentes en dicha UPP. Este tipo de apósito acelera la cicatrización y la curación por las características que presenta.

ESTADIO 3 Y 4

Limpieza de la UPP con suero salino fisiológico.

Desbridamiento del tejido necrótico si lo hubiera.

Prevención y abordar posible infección bacteriana.

Utilizar apósitos y productos que mantengan húmedo el lecho de esa úlcera.

Mantener piel perilesional en buenas condiciones, intacta y no macerada.

Es importante realizar desbridamiento de tejido necrótico, ya que ese tejido impide la curación de esa UPP, y produce la proliferación bacteriana.

Hay tres tipos de desbridamiento que podemos utilizar: desbridamiento quirúrgico, desbridamiento enzimático y desbridamiento autolítico.

Dependiendo de como este el tejido necrótico, elegiremos un desbridamiento u otro.

Hay que siempre tener en cuenta antes de realizar un desbridamiento u otro la situación global del paciente (enfermedades...)

Desbridamiento quirúrgico: requiere tener destrezas y conocimientos anatómicos avanzados, realizarlo mediante técnica estéril, y realizarlo en varias sesiones. Lo que se pretende con este desbridamiento es retirar tejido desvitalizado y reducir el tiempo de curación. Poner analgesia antes de hacer el procedimiento.

Desbridamiento enzimático: es un desbridamiento menos agresivo, se realiza al aplicar en lecho de úlcera productos enzimáticos (colagenasas, proteolíticos, fibrinolíticos..). Favorecen el desbridamiento y el crecimiento de tejido de granulación. Importante proteger piel perilesional de estos productos químicos utilizados en este desbridamiento. Desbridamiento autolítico: se basa en el principio de cura húmeda. Se produce al combinar tres factores, humedad en lecho de UPP, fibrinólisis y presencia de enzimas endógenas sobre el tejido necrótico. Es menos traumático que los dos anteriores, aunque es el desbridamiento más lento.

ÚLCERAS POR PRESIÓN INFECTADAS

Los síntomas que podemos observar cuando una UPP esta infectada es: inflamación, exudado purulento, dolor, olor, tejido de granulación friable que sangra con facilidad, edema...

La infección de una úlcera puede deberse a la situación basal del paciente (enfermedades, edad, estado nutricional...) o al estado de la úlcera en sí (UPP con esfacelos, tejido necrótico...)

¿QUÉ HACER ANTE UNA INFECCIÓN DE UNA UPP?

Deberá de intensificar la limpieza de esa UPP y el desbridamiento de ese tejido desvitalizado.

Si no evoluciona favorablemente utilizar apósito que contengan plata, carbón activado, que sean antibacterianos.

En las úlceras que no evolucionan favorablemente y que están altamente colonizadas se ha comenzado a utilizar la terapia de cicatrización asistida por vacío. Esta terapia lo que pretende es utilizar un sistema de vacío, mantener el lecho de la úlcera húmedo para favorecer crecimiento de tejido de granulación, y desechar exudado de esa úlcera, estimulando la curación de esa úlcera. Este sistema VAC se está utilizando en heridas quirúrgicas y en heridas crónicas.

Cuando utilizando todo lo dicho anteriormente no evoluciona dicha UPP, habría que decírselo al médico, realizar cultivo de UPP.

Una vez obtenido el médico el resultado del cultivo de esa UPP pautaría un antibiótico al cuál fuera sensible ese microorganismo.

OTRO TRATAMIENTO ALTERNATIVO CUANDO NO FUNCIONAN LOS ANTERIORES

Terapia larval: Es un método en el cuál se utilizan larvas de moscas para limpiar y favorecer la cicatrización en heridas crónicas. Las larvas de las moscas se aplican sobre la herida crónica abierta, estas larvas se alimentan del tejido desvitalizado y bacterias, promoviendo con esto la cicatrización y curación de dichas heridas. Esta terapia evita que la herida crónica o UPP se infecte. Es una opción segura y rentable en heridas crónicas que no evolucionan favorablemente.

BIBLIOGRAFÍA

- Lázaro P, Longo I. Tratamiento de las úlceras cutáneas crónicas. Piel (Ed Esp). 2001; 16(4): 213-20.
- Gago M et al. Piel Perilesional. En: Soldevillajj, Torra JE (eds). Atención integral de las Heridas Crónicas, Ed. Madrid: SPA 2004;65-76.
- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas crónicas (GNEAUPP). Clasificación-Estadiaje de las úlceras por presión. Logroño. 2003.
- Bielsa I. Proceso de cicatrización de las heridas. Piel (Ed Esp). 2006; 21 (4): 207-12.
- Góngora J, Díaz-Roa A, Gaona Ma, Córtes vecino J, Bello F. Evaluación de la actividad antibacterial de los extractos de cuerpos grasos y hemolinfa derivados de la

CONTROL DE SÍNTOMAS

Autores:

Vanesa arcis barranco

Beatriz verdú

Miriam Larrea gómez

1. Introducción

Definimos *Síntoma* como aquello que un paciente de manera subjetiva percibe como algo anómalo en su organismo (ej: dolor, náusea, disnea...)

Los síntomas en la enfermedad terminal se determinan por ser múltiples, intensos, multifactoriales y cambiantes. Unos se podrán eliminar o controlar (dolor, disnea...) en cambio otros habrá que enseñar al enfermo a convivir con ellos (disnea, limitaciones funcionales...)

El control de síntomas es un elemento esencial y fundamental en los cuidados paliativos.

2. Control de síntomas

Podemos resumir la estrategia con base científica para alcanzar un buen control de síntomas resumido en las siglas “EMA” (Twycross R, 2003):

- **E**valuación y **E**xplicación.
- **M**anejo terapéutico y **M**onitoreo.
- **A**tención a los detalles.

2.1 evaluación

Primero evaluar antes de tratar:

- Saber que causas provocan los síntomas, ya que no siempre el cáncer es la causa de los síntomas. La etiología de un síntoma se puede incluir en estas 4 categorías:
 - El cáncer por si mismo
 - El tratamiento implementado
 - Situaciones relacionadas al cáncer
 - Patología concurrente.
- Evaluar la intensidad de los síntomas mediante escalas numéricas, analógico-visuales, etc.
- Impacto físico y emocional y significado del paciente.
- Factores que provocan o aumentan cada síntomas

2.2 explicación

bibliografía

- Lee todo en: [Definición de síntoma - Qué es, Significado y Concepto](http://definicion.de/sintoma/#ixzz3sQQKzq1J)
<http://definicion.de/sintoma/#ixzz3sQQKzq1J>

