

CONSTIPACIÓN

DEFINICIÓN Estreñimiento

•Es la expulsión disminuida de materias fecales.

Volumen insuficiente o resequedad excesiva

CAUSAS

•Trastornos que interfieren con el llenado del recto

•Factores que interfieren con el vaciamiento del recto

PALIATIVOS

TUMOR

Metástasis intestinal, carcinomatosis peritoneal

ESTADO GENERAL

Inactividad, ingesta oral insuficiente, dificultad de acceso al baño.

PREVALENCIA

•Prevalente en cuidados paliativos (50-95 %).
•OPIODES (90%)
•SIN OPIODES (65%).
Importante causa de morbilidad, su importancia suele ser subestimada

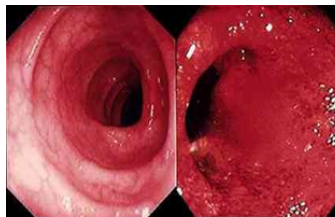
CLASIFICACIÓN ESTREÑIMIENTO CRÓNICO

Periodo prolongado
•Trastornos del tránsito por el colon o de la función anorrectal por problema neurogastrointestinal.
•Ingestión insuficiente de fibra vegetal
•Acción de ciertos fármacos
•Habitual en adultos y ancianos

ESTREÑIMIENTO AGUDO

•Es temporal
CAUSAS:
•Reacción a una causa particular o incidente aislado
•Tomar medicamentos
•Embarazo, menopausia
•TRATAMIENTO:
•Dulcolax: estimula en las noches el intestino

•Por contracciones segmentarias no propulsivas en los segmentos distales del colon.



Colon Normal Colon limitado

•Por atonía intestinal:
Estados depresivos
embarazo
Hipotiroidismo
Inactividad física
Caquexia
hipopotasemia
Obstrucciones orgánicas del colon
Megacolon congénito
Medicamentos

•Factores psicológicos
•Alteraciones neurológicas
•Elevación del umbral de percepción de la distensión rectal
•Patología anal
•Lesiones del recto
•Debilitamiento de los músculos de la pared abdominal y el peritoneo

FÁRMACOS/DROGAS

Opioides, anticolinérgicos, antiácidos, vincristina, ondansetrón, sulfato de bario, etc

PATOLOGÍAS

Diabetes, hipotiroidismo, compresión medular, etc.

CONSTIPACIÓN

PRUEBAS DE GABINETE Y LABORATORIO

ESCALAS

TRATAMIENTO

PACIENTES

- Estreñimiento refractario
- >50 años con inicio reciente de estreñimiento.
- Factores de riesgo y signos de alarma
- Síntomas de obstrucción a la defecación

Exámenes endoscópicos y radiológicos de colon

El puntaje total puede ir de 0 a 12. Un score > 6 = a 7/12 indica constipación severa y, en consecuencia, requiere intervención.

BRISTOL

MEDIDAS

- Fibra y agentes formadores de bolo
- Laxantes
- Procinéticos
- Biorretroalimentación
- Cirugía

COMPLICACIONES

Biometría hemática
Pruebas de funcionamiento tiroideo
Medición de glucosa
Calcio y electrolitos en suero

Edad avanzada
Enfermedad orgánica



RX SIMPLE ABDOMEN

método no invasivo bajo costo sensible útil en pacientes con trastornos cognitivos o tacto rectal normal.

ESCALA
0 = SIN HECES
1 = MENOS 50%
2 = > 50%
3 = OBSTRUCCIÓN TOTAL
TOTAL; 0-12

	TIPO 1 Trozos duros separados, que pasan con dificultad. ESTREÑIMIENTO IMPORTANTE
	TIPO 2 Como una salchicha compuesta de fragmentos. LIGERO ESTREÑIMIENTO
	TIPO 3 Con forma de morcilla con grietas en la superficie. NORMAL
	TIPO 4 Como una salchicha o serpiente, lisa y blanda. NORMAL
	TIPO 5 Trozos de masa pastosa con bordes definidos. FALTA DE FIBRA
	TIPO 6 Fragmentos pastosos, con bordes irregulares. LIGERA DIARREA
	TIPO 7 Acuosa, sin pedazos sólidos, totalmente líquida. DIARREA IMPORTANTE

LAXANTES

- SURFACTANTES
- ESTIMULANTES
- OSMÓTICOS
- SALINOS
- SOLUCIONES DE POLIETILENGLICOL
- ANTAGONISTAS OPIODES

FECALOMA

• El 90 % ocurre en el recto
enemas de gran volumen o laxantes potentes orales.
1. sales de magnesio (hasta 250 ml/24 hrs.)
2. solución de polietilenglicol (hasta 1 litro/24 hrs.)
• extracción manual del fecaloma, se debe considerar la utilización de dosis de rescate de analgésicos o maniobras de sedación transitorias (midazolam)

DELIRIUM

DEFINICIÓN

DSM-IV

Entidad Clínica
Caracterizada por la
Presencia de
Alteraciones
Fluctuantes de la
Atención, Conciencia y
Cognición que se
Manifiesta
Preferentemente en
Individuos de Edad
Avanzada

MAGNITUD

Prevalencia Hospitalaria
14-56%
Mortalidad hospitalaria
25-33%

CONSECUENCIAS

1. Mortalidad y morbilidad
2. Deterioro funcional
3. Incremento de la estancia hospitalaria
4. Aumento del gasto sanitario
5. Mayor traslado a CSS
6. Más sobrecarga de cuidadores

CONFUSIÓN

Caracterizado por
alteraciones de la
atención, agitación o
inactividad y
confusión
§ Proceso inicial
§ Puede coexistir
§ Urgencia geriátrica

IMPORTANCIA

Elevada prevalencia en series
publicadas (15-50%)
Repercusión sobre el pronóstico
vital y funcional
Relación con el envejecimiento y
la demencia
Forma de presentación de
numerosas enfermedades

Los pacientes con
Delirium no solo se
mueren más,
sino que se mueren
antes.

DIAGNÓSTICO

A. Alteración de la
conciencia
B. Cambio en las funciones
cognoscitivas
C. Presentación aguda y
curso fluctuante
Enfermedad médica
Intoxicación de sustancias
Abstinencia de sustancias
Plurietiológico
Inespecífico

ETIOLOGÍA

D DRUGS
E EYES, EARS
L LOW OXIGEN STATES
(IAM, AVC)
I INFECTION
R RETENTION URINA
OR STOOL
I ICTAL
U UNDERHYDRATION,
UNDERNUTRITION
M METABOLIC
S SUBDURAL
HEMATOMA

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Inicio agudo y curso fluctuante
Agitación psicomotriz
Somnolencia, alteración del nivel
de conciencia
Desorientación
temporo/espacial
Alucinaciones visuales
Síndrome crepuscular o del
"anochecer"

TIPOS

Delirium hiperactivo (21%)
↑ caídas más frecuentes
Delirium hipoactivo (29%)
↑ pacientes más graves/
peor pronóstico
↑ estancias más largas
↑ úlceras por presión
Delirium mixto
(hiperactivo-hipoactivo)

ESTRATEGIA MULTIFACTORIAL

° 825 p (>70 a)
° prospectivo y
aleatorizado
(1 unidad de
intervención/2 salas
estándar)

INTERVENCIÓN

inmovilidad
deshidratación
deterioro cognitivo
alteración sensorial
(vista/oído)
higiene/deprivación
del sueño

DIARREA

DEFINICIÓN

Diarrea deriva del griego Diarrhoia que significa: Fluir a través de.

Constituye un síntoma, no una enfermedad

Normalmente se piensa en diarrea cuando hay deposiciones líquidas, sin embargo no es así. La Diarrea se considera de acuerdo al peso de las deposiciones no formada, mayor en 24 horas.

ONCOLOGÍA

• En pacientes oncológicos, los cuadros alternantes de diarrea o de constipación suelen surgir de la dificultad en titular los laxantes en casos de constipación inducida por opioides o secundarios a quimioterapia y radioterapia

ETIOLOGÍA

- DROGAS
- Laxantes
- Antibióticos, antirretrovirales
- Antiácidos con magnesio
- Metildopa
- NEOPLASIAS
- Digestivas
- Carcinóide
- POSQUIRURGICA
- Posgastroectomía
- Posvagotomía
- Resección de la válvula ileocecal
- Síndrome de intestino corto

ETIOLOGÍA

- TRATAMIENTO ONCOLÓGICO
- Quimio y radioterapia

- INFECCIONES
- Bacterianas
- Parasitarias
- Virales

- NOSOCOMIAL
- Clostridium difficile
- Bacterias
- ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA
- ISQUEMIA
- NEUROPATÍA DIABÉTICA

EVALUACIÓN

- CONSIGNAR
- Frecuencia
- Coloración
- Volumen de deposiciones
- CARACTERÍSTICAS
- Moco
- Pus
- Sangre
- OTROS SINTOMAS
- Fiebre
- Vómitos
- Tenesmo rectal

EXÁMEN FÍSICO

• Realizar examen abdominal completo, considerar examen rectal descartando fistulas, señales de tumores. Hidratación y estado nutricional

DIAGNÓSTICO

ESTUDIOS DE SANGRE

- Estudios de sangre
- Estudios de materia fecal: leucocitos, cultivos bacterianos y copro-parasitológicos
- Radiografía abdominal
- Hemograma
- Electrolitos plasmáticos
- Función renal
- Cuantificación de grasas de diarreas crónicas

VALORAR

- reposición oral o parenteral hidroelectrolítica según la gravedad:
- Reposo intestinal en algunos casos
- Dieta libre de gluten y lactosa, baja en fibras e irritantes.

FÁRMACOS

- OPIOIDES
- Enlentecen el tránsito intestinal
- Aumenta el tono del esfínter
- LOPERAMIDA
- De elección
- No cruza la barrera hematoencefálica
- Dosis: 4-24 mg por día

DISNEA

DEFINICIÓN

Experiencia subjetiva de dificultad respiratoria, que se origina a partir de la interacción de factores fisiológicos, psíquicos, sociales y ambientales en el individuo

Frecuencia en pacientes paliativos de 55 a 70%
Alivio sintomático satisfactorio de la disnea se logra en menor frecuencia.

DIFERENCIACIÓN

Taquipnea- Aumento de la frecuencia respiratoria

Polipnea- Profundidad de los movimientos respiratorios que no van acompañados de la falta de aire y de trabajo ventilatorio aumentado, sensación subjetiva.

PACIENTES PALIATIVOS

Síntoma universal en pacientes con EPOC e IC

50% de pacientes con cáncer en general y hasta un 90 % de pacientes con cáncer de pulmón en etapa final de su enfermedad

EVALUACIÓN

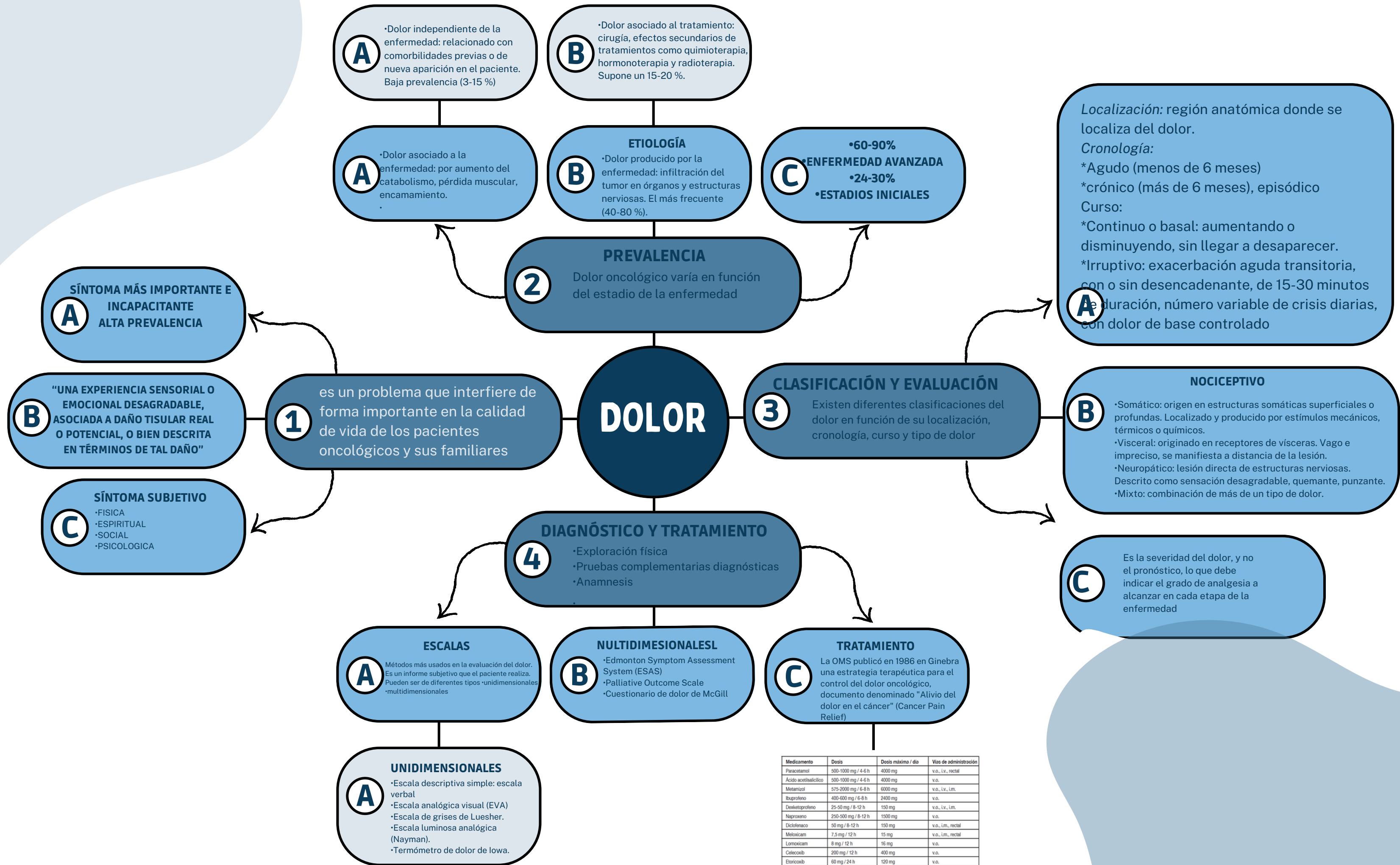
La intensidad de la disnea es evaluada regularmente en algunas de las herramientas disponibles en cuidados paliativos.

- ESAS (Edmonton Symptom Assessment System)
- STASS (Support Team Assessment Schedule)
- Algunos cuestionarios sobre calidad de vida, como el EORTC QL-30

MANEJO/TRATAMIENTO

El abordaje busca resolver las causas implicadas en su aparición y tratar las condiciones reversibles.

Morfina 5 mg- Midazolam
Oxígeno suplementario
Benzodiazepinas
Broncodilatadores- broncoespasmos
Sedación- Caso refractarios



Medicamento	Dosis	Dosis máxima / día	Vías de administración
Paracetamol	500-1000 mg / 4-6 h	4000 mg	v.o., l.v., rectal
Ácido acetilsalicílico	500-1000 mg / 4-6 h	4000 mg	v.o.
Metamizol	575-2000 mg / 6-8 h	6000 mg	v.o., l.v., l.m.
Ibuprofeno	400-600 mg / 6-8 h	2400 mg	v.o.
Diclofenaco	25-50 mg / 8-12 h	150 mg	v.o., l.v., l.m.
Naproxeno	250-500 mg / 8-12 h	1500 mg	v.o.
Diclofenaco	50 mg / 8-12 h	150 mg	v.o., l.m., rectal
Meloxicam	7,5 mg / 12 h	15 mg	v.o., l.m., rectal
Lornoxicam	8 mg / 12 h	16 mg	v.o.
Celecoxib	200 mg / 12 h	400 mg	v.o.
Etoricoxib	60 mg / 24 h	120 mg	v.o.

v.o.: Vía oral. l.v.: Intravenosa. l.m.: Intramuscular.