

ATENCIÓN A LA AGONÍA



**CURSO COMPETENCIAS EN CUIDADOS
PALIATIVOS**

CARTAGENA 31 MARZO-2 ABRIL

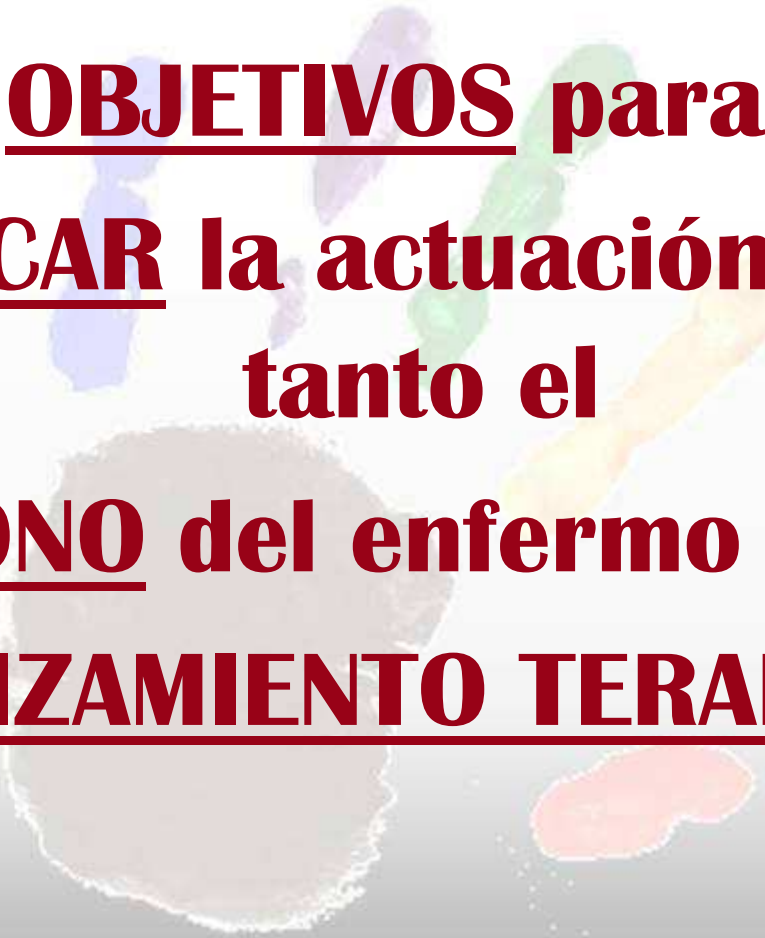
**Elena Martínez Martínez
Médico ESAD Cartagena**



13.08.2007

AGONÍA

- Periodo de transición entre la vida y la muerte por el que pasan el 90% de enfermos en situación terminal.
- Insidioso y difícil de detectar.
- No hay signos patognomónicos.
- Importante definir objetivos para planificar la atención.

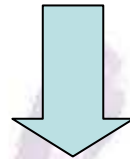


Es importante definir los
OBJETIVOS para
PLANIFICAR la actuación y evitar
tanto el
ABANDONO del enfermo como el
ENCARNIZAMIENTO TERAPEÚTICO

IDENTIFICACIÓN DE AGONÍA

- Postración en cama.
- Indiferencia por la ingesta de alimentos y líquidos.
- Pérdida de la vía oral.
- Disminución del estado de alerta y concentración/Delirio.
- Referencias verbales a familiares ya desaparecidos.

La situación de AGONÍA es ÚNICA
para enfermo, familia y equipo.



Cuidar al MÁXIMO
cualquier indicación,
comentario o actuación.

**Va a generar gran demanda de
atención.**

POR LO TANTO

**Requiere ACCESIBILIDAD
y DISPONIBILIDAD DEL EQUIPO.**

OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN

PROMOVER LA MÁXIMA CALIDAD DE VIDA:

- Teniendo en cuenta las necesidades del enfermo (físicas, emocionales, sociales y espirituales).
- Considerando al enfermo y su familia como unidad a tratar.
- Promoviendo la autonomía de la familia y del enfermo.

LUGAR DE LA AGONÍA

- DOMICILIO
 - HOSPITAL:
 - Si difícil control de síntomas.
 - Petición del enfermo.
 - Claudicación familiar.
 - Ausencia de cuidadores.
- 

ATENCIÓN GLOBAL

1.- Control de síntomas y situaciones específicas.

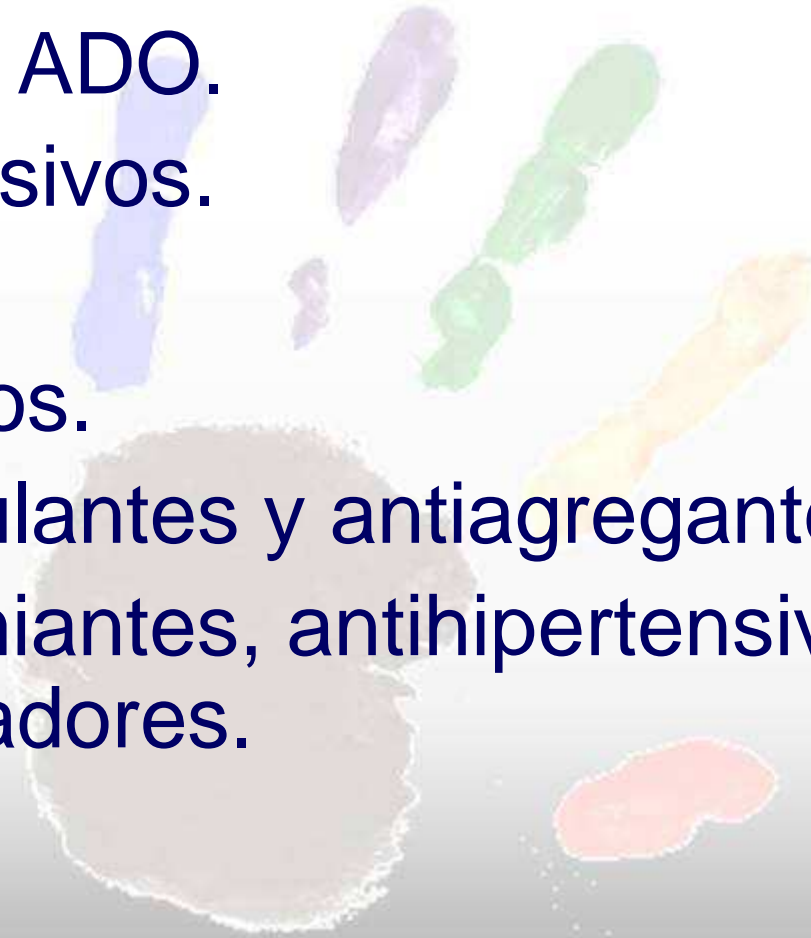
2.- Medidas generales de confort.

3.- Atención a la familia.

1.- CONTROL DE SÍNTOMAS.

- **Síntomas cambiantes:**
REVISAR CON FRECUENCIA.
- **Ajuste del tratamiento farmacológico.**
 - FÁRMACOS A RETIRAR.
 - PÉRDIDA DE VÍA ORAL.
- **Prevención y tratamiento de los síntomas:**
Náuseas, disnea, dolor, estertores, convulsiones, agitación psicomotriz/delirio hiperactivo, fiebre, hemorragia.

FÁRMACOS A RETIRAR

- Antiarrítmicos y diuréticos.
 - Insulina y ADO.
 - Antidepresivos.
 - Laxantes.
 - Antibióticos.
 - Anticoagulantes y antiagregantes.
 - Hipolipemiantes, antihipertensivos, vasodilatadores.
 - Hierro.
- 

FÁRMACOS A MANTENER O SIMPLIFICAR

- Antieméticos (sustituir por Haloperidol o Levomepromazina).
- Anticonvulsivantes: sustituir por Midazolam sc o Diazepan rectal.
- Corticoides (HTC, compresión medular).
- Analgésicos: retirar los de primer y segundo escalón y sustituir por morfina.
- Neurolépticos: sustituir por Haloperidol.

1.-SÍNTOMAS FRECUENTES

DOLOR:

- ★ No retirar los opioides.
- ★ Suelen aumentar las necesidades (aumentar en un 33% la analgesia).
- ★ Tener en cuenta las equivalencias entre opioides.
- ★ Si sospecha de neurotoxicidad por opioides (delirio, mioclonías) tratar sintomáticamente; no se indica la rotación de opioides.

1.-SÍNTOMAS FRECUENTES

NÁUSEAS:

- ★ Haloperidol (2,5-10 mg en 24h) si náuseas por Morfina.
- ★ Metoclopramida.
- ★ Dexametasona si HTC (4-8 mg en 12- 24h,sc)
- ★ Levomepromazina si oclusión intestinal, 50-150 mg/24h
- ★ Hioscina (Buscapina) 120 m en 24 horas.

1.-SÍNTOMAS FRECUENTES

DISNEA: Aumento del esfuerzo ventilatorio:

De la musculatura abdominal → Midazolam
Diazepam

De la musculatura accesoria → Morfina 2,5 mg sc/4-6h

Si morfina previa aumentar dosis 33 %

Dosis de rescate: 25-50 % de la usada para el dolor.

Oxígeno (evitar mascarilla, promover gafas)

Considerar sedación si síntoma refractario.

1.-SÍNTOMAS FRECUENTES

ESTERTORES O RESPIRACIÓN RUIDOSA:

- ★ Medidas posturales (evitar el cuello en extensión, promover el decúbito lateral y cuello ligeramente flexionado).
- ★ Buscapina (20 mg cada 4-6h).
- ★ Información a la familia.

1.-SÍNTOMAS FRECUENTES

AGITACIÓN O DELIRIO HIPERACTIVO.

- 1. Descartar siempre que la causa no sea dolor, impactación fecal, globo vesical o privación de BDZ.**
- 2. Considerar sedación si distrés refractario.**
- 3. Hacer constar en la historia la refractariedad del síntoma, el consentimiento y la descripción del proceso.**

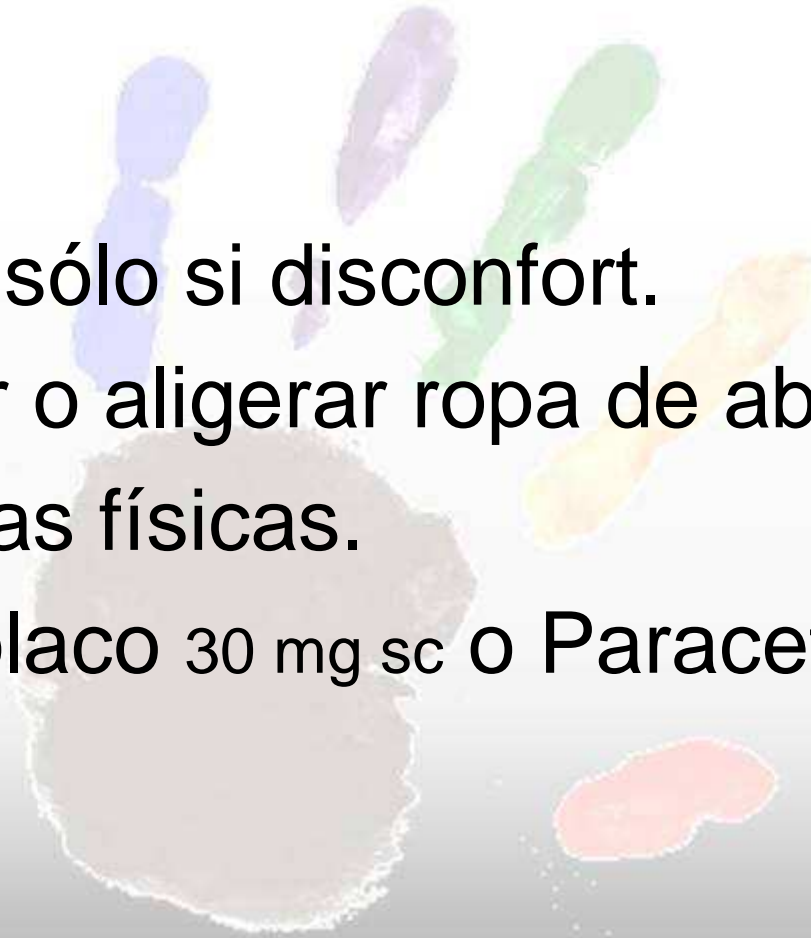
1.-SÍNTOMAS FRECUENTES

MIOCLONÍAS/CONVULSIONES:

- ★ Dejar vía accesible.
- ★ Midazolam (bolo de 5-10 mg y luego 15-30 mg en 24 h.
- ★ Alternativas:
 - Diacepan rectal 5-10 mg/12-24 h.
 - Clonazepam 1,5-3 mg sc/24h.

1.-SÍNTOMAS FRECUENTES

FIEBRE:

- ★ Tratar sólo si discomfort.
 - ★ Retirar o aligerar ropa de abrigo.
 - ★ Medidas físicas.
 - ★ Ketorolaco 30 mg sc o Paracetamol rectal.
- 

1.-SÍNTOMAS FRECUENTES

HEMORRAGIA:

- ★ Si se prevé, dejar vía disponible.
- ★ Si riesgo alto o sangrado previo dejar medicación precargada en jeringa y toallas o ropa oscura (verde, gris, azul).
- ★ Midazolam 15 mg cada 5 minutos hasta sedación.

2.- MEDIDAS GENERALES DE CONFORT

- **CUIDADOS DE LA PIEL:**
 - Cuidados habituales (hidratación, sábanas sin arrugas, evitar peso excesivo en la ropa).
 - Cambios posturales.
- **ÚLCERAS:**
 - Curas rápidas y cómodas.
 - Si hay dolor, Morfina sc.
 - Si hay mal olor: Metronidazol tópico.
- **CUIDADOS DE BOCA Y LABIOS:**
 - Hidratación frecuente de la boca. Evitar hexetidina, clorhexidina o vaselina.
 - Si hay sarro, humedecer una torunda con H₂O₂ diluida.

2.- MEDIDAS GENERALES DE CONFORT

MEDIDAS AMBIENTALES:

Cama cómoda, temperatura adecuada, luz indirecta, evitar ruidos estridentes, organización de visitas, clima de respeto.

EMOCIONES-SENTIMIENTOS

- Favorecer la expresión de sentimientos y miedos sin forzar.
- Permitirle el aislamiento final, “dejarle ir”.
- No engañarle (dejar de decirle que va a mejorar).
- Aceptar sus penas, reconocer su muerte inminente como una realidad y su tristeza como natural.



3.- ATENCIÓN A LA FAMILIA

- Advertir de la entrada en situación de últimos días.
- Revisar la evolución de la enfermedad.
- Aumentar la disponibilidad del equipo.
- Favorecer la expresión de sentimientos SIN JUZGARLOS.
- Proporcionar nueva información.
- Revisar y COMPARTIR objetivos.

3.- ATENCIÓN A LA FAMILIA

- Prevenir las crisis familiares: Explicar el proceso de muerte, identificar agotamiento en los familiares.
- Promover la participación.
- Aspectos prácticos: Dejar claros teléfonos de contacto, medicación, indicaciones en emergencias y qué hacer cuando fallezca.
- Niños y ancianos: No excluir.
- Aspectos espirituales: Respetar.

LO QUE SE DEBE HACER SIEMPRE

- Dejar un juego de vía subcutánea con fármacos y anotaciones claras.
- Dejar pañales.
- Contactar con el profesional que vaya a seguir la continuidad (SUAP, etc.)

LO QUE NO SE DEBE HACER NUNCA

- Dar plazos fijos de duración de la situación.
- Dejar de administrar opioides porque el enfermo está tranquilo.



SEDACIÓN



SEDAR

Apaciguar,

sosegar,

calmar.



CONCEPTOS FUNDAMENTALES



- Sedación paliativa.
- Sedación en la agonía.

SÍNTOMA REFRACTARIO

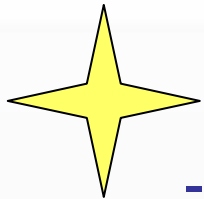
- ◆ GRAVEDAD.
 - ◆ RESISTENCIA TERAPEÚTICA.
 - ◆ TIEMPO RAZONABLE.
- 

CLASIFICACIÓN DE LA SEDACIÓN



SEGÚN EL OBJETIVO:

- Primaria.
- Secundaria.



SEGÚN LA TEMPORALIDAD:

- Intermitente.
- Continua.



SEGÚN LA INTENSIDAD:

- Superficial.
- Profunda.

¿CUÁNDO SEDAR?

Datos variables en los estudios.

En revisiones recientes las indicaciones más frecuentes fueron:

- DISNEA
- DELIRIO
- DOLOR
- SUFRIMIENTO PSICOLÓGICO.

Decisión **COMPARTIDA** por el equipo,
habiendo explorado la **VOLUNTAD**
del paciente, con
CONSENTIMIENTO explícito,
implícito o por sustitución.

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN
permanente con la familia.

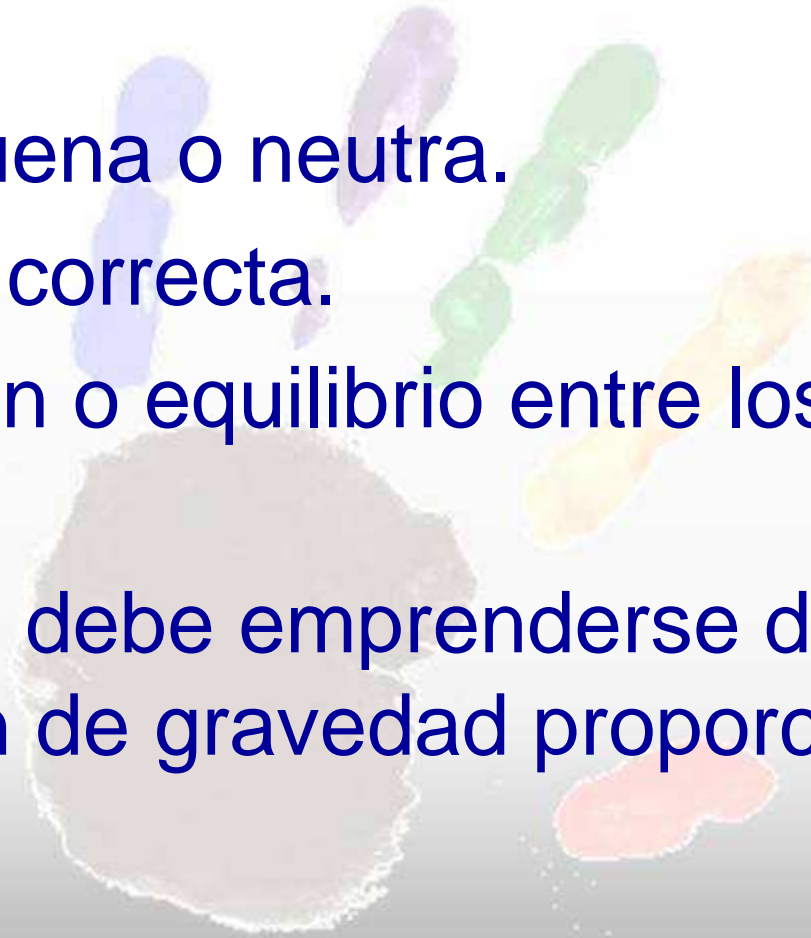
PRINCIPIOS ÉTICOS Y LEGALES DE LA SEDACIÓN-DOBLE EFECTO.

- Respetar los principios de bioética.

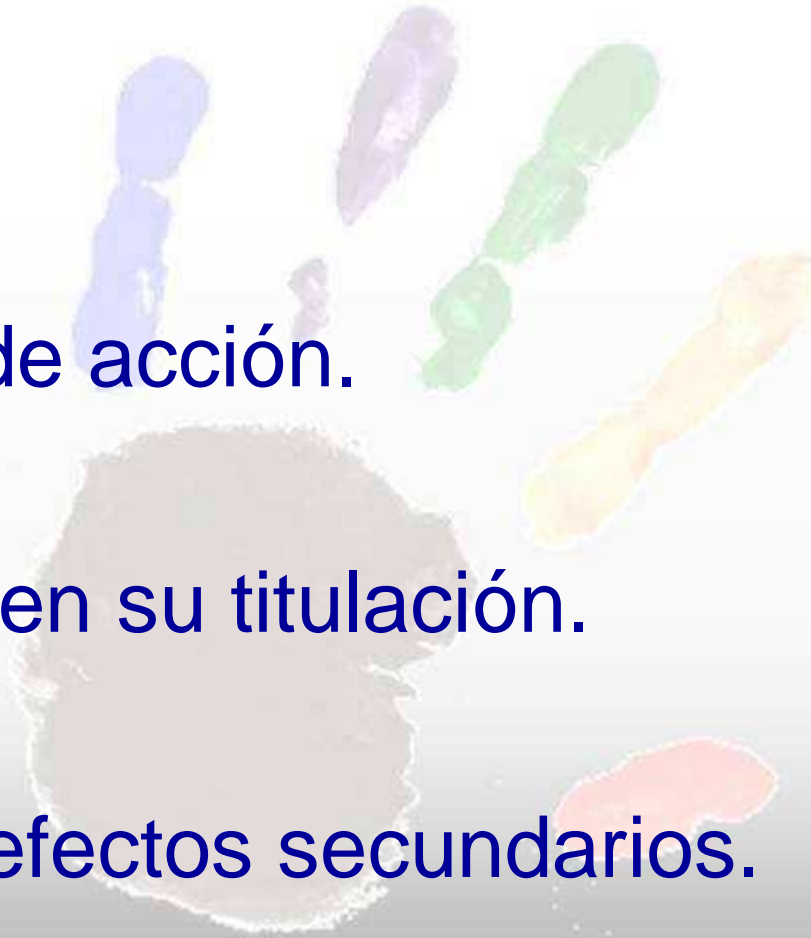
CONDICIONES DEL PRINCIPIO ÉTICO DE DOBLE EFECTO:

Una acción con dos o más efectos posibles, incluyendo al menos uno bueno y otros malos, es moralmente permisible si se cumplen 4 condiciones:

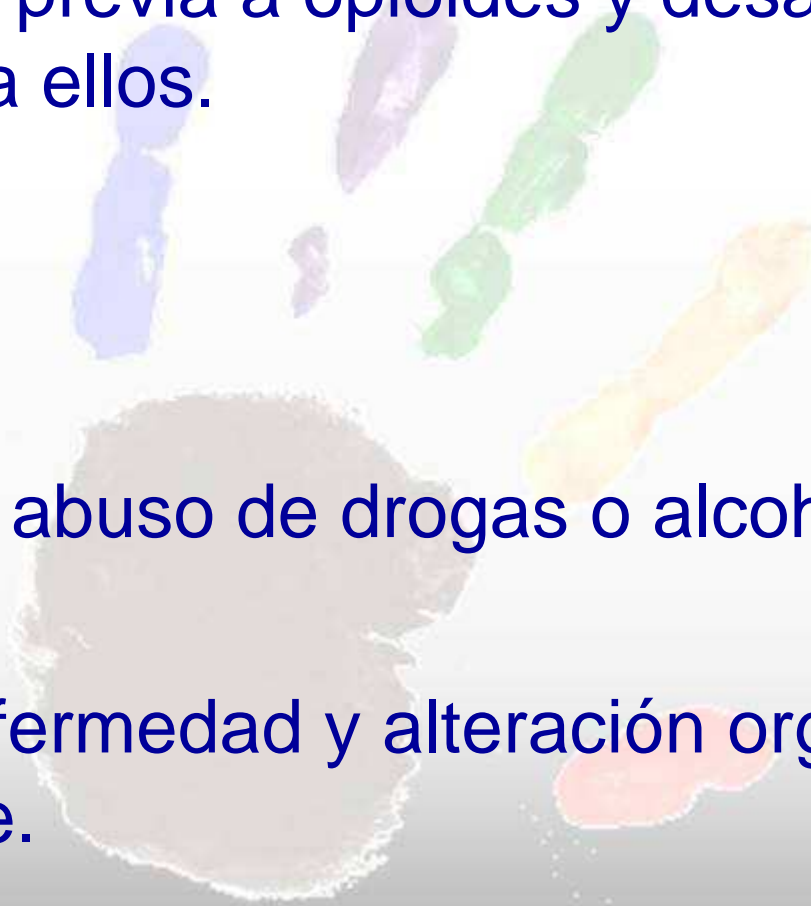
CONDICIONES DEL DOBLE EFECTO

- Acción buena o neutra.
 - Intención correcta.
 - Proporción o equilibrio entre los dos efectos.
 - La acción debe emprenderse debido a una razón de gravedad proporcionada.
- 

MANEJO FARMACOLÓGICO DE LA SEDACIÓN

- Rapidez de acción.
 - Facilidad en su titulación.
 - Mínimos efectos secundarios.
- 

INICIO DE ACCIÓN

- Exposición previa a opioides y desarrollo de tolerancia a ellos.
 - Edad.
 - Historia de abuso de drogas o alcohol.
 - Tipo de enfermedad y alteración orgánica subyacente.
- 

TITULACIÓN

ESCALA DE RAMSAY

NIVEL 1: AGITADO, ANSIOSO.

NIVEL 2: TRANQUILO, COLABORADOR.

NIVEL 3: DESPERTAR BRUSCO CON
ESTÍMULO VERBAL O PERCUSIÓN
GLABELAR.

ESCALA DE RAMSAY

- NIVEL 4: RESPUESTA PEREZOSA A ESTÍMULO GLABELAR.
- NIVEL 5: RESPUESTA A ESTÍMULOS DOLOROSOS.
- NIVEL 6: SIN RESPUESTA.

GRUPOS DE FÁRMACOS EMPLEADOS

- Sedantes: midazolam, diazepam, clometiazol.
- Neurolepticos: levomepromazina, haloperidol, clorpromazina.
- Barbitúricos: Fenobarbital, tiopental.
- Anestésicos: Propofol, ketamina.

TRAS INICIAR LA SEDACIÓN

1.- EVALUAR SISTEMÁTICAMENTE:

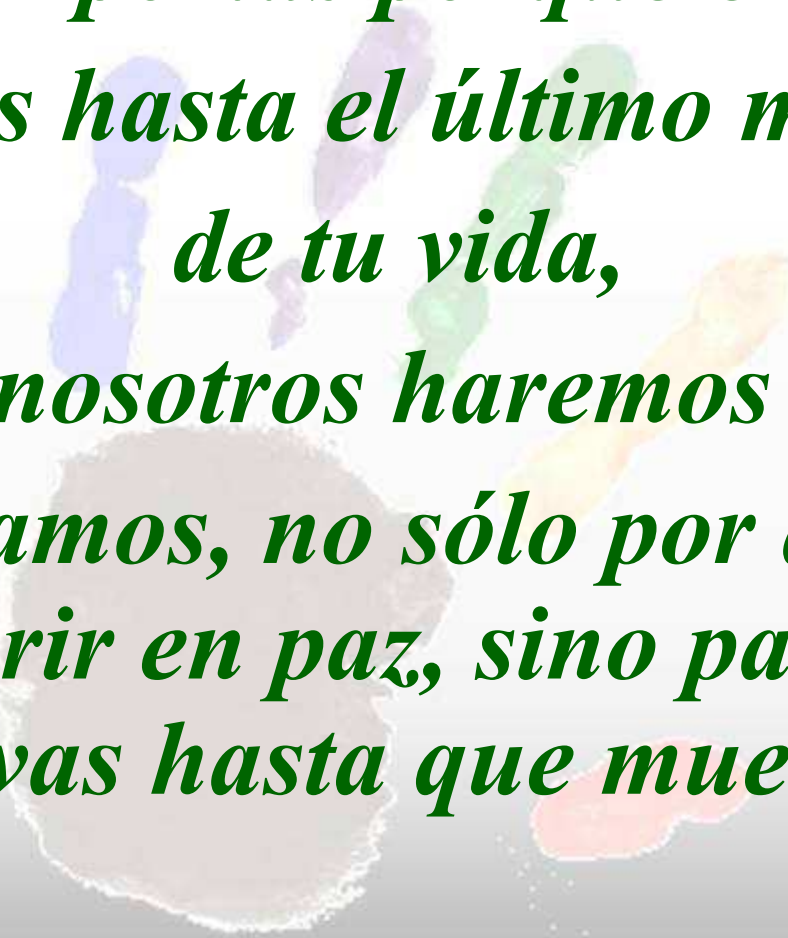
- Nivel de sedación.
- Respuesta ante la estimulación:
 - Despertar tranquilo.
 - Despertar angustiado.
 - Movimientos erráticos.
- Temperatura.
- Secreciones bronquiales.
- Movimientos musculares espontáneos (faciales o corporales)

TRAS INICIAR LA SEDACIÓN

2.-PROPORCIONAR SIEMPRE:

- Presencia.
- Comprensión.
- Privacidad.
- Disponibilidad.

- En general deben utilizarse las *benzodiazepinas* de acción rápida.
- Si la indicación de sedación es por delirium refractario, los fármacos de primera línea son los *neurolepticos*.
- Ni los *barbitúricos* ni los *anestésicos* deben emplearse para sedación terminal como primera línea. Reservar para los casos de tolerancia, resistencia o agitación por benzodiazepinas, y siempre con el asesoramiento de un anesthesiólogo.



*Tú importas porque eres tú,
importas hasta el último momento
de tu vida,
y nosotros haremos lo
que podamos, no sólo por ayudarte
a morir en paz, sino para que
vivas hasta que mueras.*

Cicely Saunders