

ATENCIÓN EXTRAHOSPITALARIA DE URGENCIA AL PACIENTE TERMINAL

"Guérir quelquefois, soulager souvent, consoler toujours".

"Curar a veces, aliviar con frecuencia, consolar siempre".



INTRODUCCIÓN

ENFERMEDAD TERMINAL:

“Enfermedad avanzada, progresiva e incurable, sin razonables posibilidades de respuesta al tratamiento, con un pronóstico de supervivencia inferior a seis meses, que se acompaña de múltiples síntomas, variables y multifactoriales”.

INTRODUCCIÓN

FASES ENFERMEDAD TERMINAL

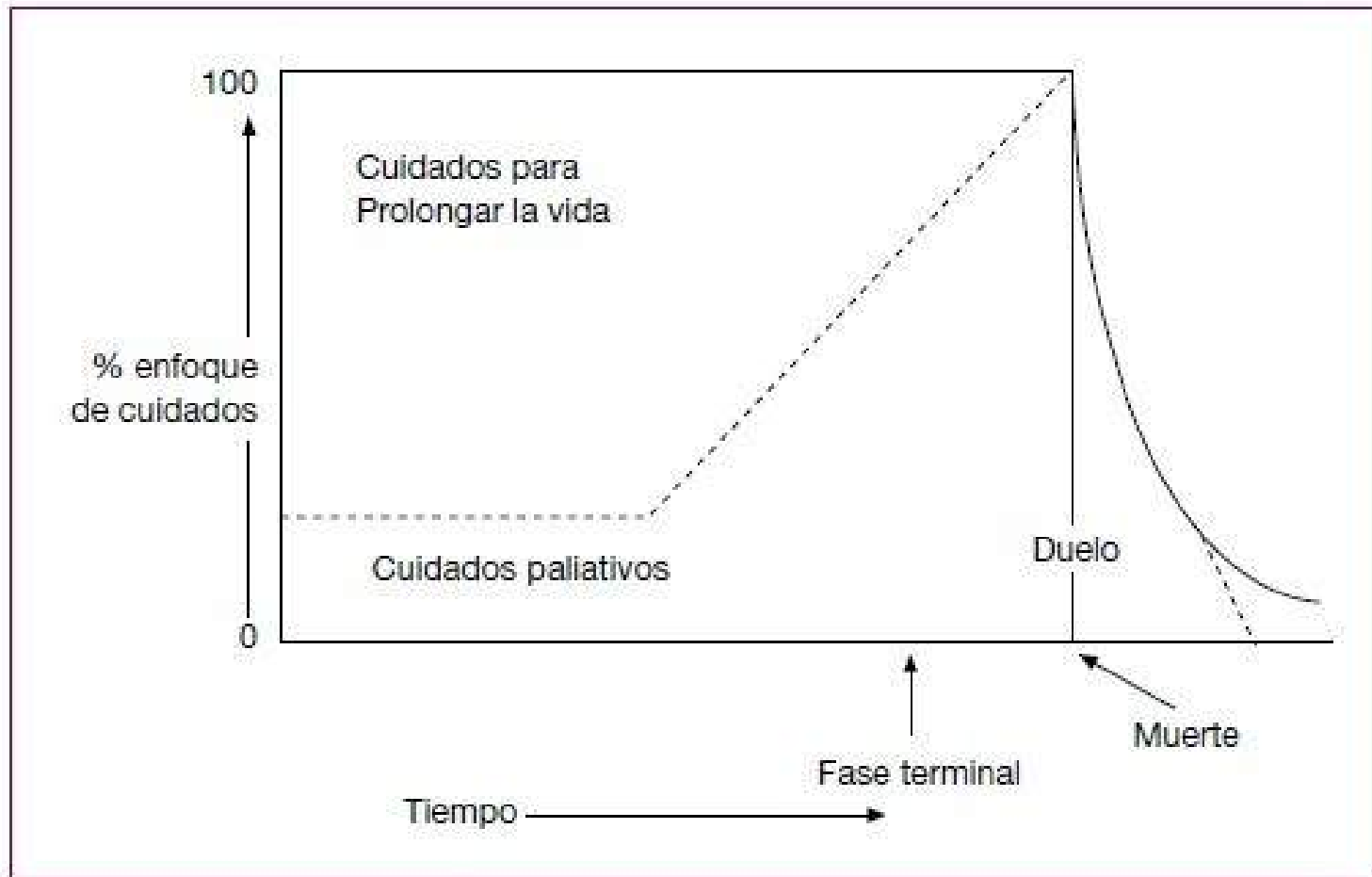
- Fase terminal (pronóstico meses).
- Fase preagónica (pronóstico semanas).
- Fase agónica (pronóstico días).

INTRODUCCIÓN

CUIDADOS PALIATIVOS (OMS, 2002):

“Enfoque que mejora la calidad vida de los pacientes y sus 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 e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales”.

INTRODUCCIÓN



INTRODUCCIÓN

- ▶ Aragón:
 - Equipo de Atención Primaria.
 - ESAD:
 - Zaragoza (sector I, II, III)
 - Huesca
 - Teruel
 - Calatayud
 - Barbastro
 - Alcañiz
- ▶ CUSIRAR (Sociedad Aragonesa de Cuidados Paliativos).

SÍNTOMAS EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA

- ▶ TOS
- ▶ HEMOPTISIS
- ▶ DISNEA
- ▶ ESTERTORES
- ▶ SÍNTOMAS DIGESTIVOS
- ▶ DEPRESIÓN
- ▶ DELIRIUM
- ▶ DOLOR
- ▶ SÍNTOMAS URGENTES

FÁRMACOS EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA

- ▶ VÍA DE ELECCIÓN ORAL. SI NO ES POSIBLE: SC.
- ▶ VENTAJAS VÍA SC
 - Cómoda.
 - Poco dolorosa para el paciente.
 - Fácil manejo.
 - Pocos efectos secundarios.
 - No precisa hospitalización.
 - Mejora autonomía y calidad de vida.
 - Se pueden administrar diferentes fármacos.

FÁRMACOS EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA

- Morfina
- Haloperidol
- Hioscina
- Midazolam
- Metoclopramida
- Dexametasona
- Tramadol
- Ketorolaco
- Diclofenaco
- Levopromazina
- Clorpromazina
- Metamizol
- Diazepam

Fármacos utilizados por vía SC

Fármacos que NO deben usarse por vía SC

FÁRMACOS EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA

▶ CONTRAINDICACIONES VÍA SC

- Edema generalizado o en zona de punción.
- Coagulopatías.
- Infecciones en el punto de inyección.
- Circulación periférica muy disminuida (Mala perfusión tejido celular subcutáneo).

DOLOR

▶ TRATAMIENTO:

- NO FARMACOLÓGICO (relajación, musicoterapia, fisioterapia, terapia ocupacional).
- FARMACOLÓGICO: ESCALERA ANALGÉSICA (1987, OMS)
 - Primer escalón: analgésicos no opioides ± coanalgésicos.
 - Segundo escalón: opioides débiles ± coanalgésicos.
 - Tercer escalón: opioides potentes ± coanalgésicos.

DOLOR

Primer escalón	Segundo escalón	Tercer escalón	Fármacos coadyuvantes
Paracetamol (500-1000mg/4-6h)	Codeína (30mg/4h) Máx. 240mg/día	MORFINA	Coanalgésicos (diazepam, midazolam,...)
Metamizol (2g/8h)	Dihidrocodeína Máx. 240mg/día	Metadona	Anticonvulsivantes , (gabapentina, preglabalina, carbamacepina,...)
AINES	Tramadol (50-100mg/6-8h) Máx. 400mg/día	Fentanilo transdérmico	Antidepresivos (amitriptilina, duloxetina, venlafaxina, ...)
		Buprenorfina	
		Oxicodona	

Primer escalón: presenta techo terapéutico. Dolor leve a moderado.

Segundo escalón: presenta sinergia la mezcla paracetamol con codeína y paracetamol con tramadol. Dolor moderado.

Tercer escalón: pueden crear dependencia física y tolerancia , pero nunca dependencia psicológica. Dolor intenso.

DOLOR

▶ Prescripción fármaco

- Según intensidad y factores acompañantes del dolor.
- Dosis individualizadas, sencillas y simples.
- Vía de elección: oral.
- Si no es posible: SL, SC, IV.
- Combinar: fármacos primer escalón + fármacos segundo/tercer escalón ± coadyuvantes.

DOLOR

▶ Tercer escalón: Morfina (elección)

- Dosis inicio: 5–10 mg vo/4 horas.
- ↑ 1 / 3 dosis / 24–48 horas.
- Equivalencias morfina (SECPAL)
 - Oral=rectal (1:1)
 - Oral= ½ SC (2:1)
 - Oral=1 / 3 IV (3:1)

DOLOR

▶ Dosis de rescate morfina

- Si tratamiento de base con morfina:
 - 1 /6 dosis diaria total.
- Si tratamiento de base con fentanilo transdérmico:
 - 5–10mg de morfina de liberación rápida por cada 25 µg de FTD.

DISNEA

- ▶ Signo de mal pronóstico

- ▶ Tratamiento:
 - Etiológico (antibióticos, broncodilatadores,...).

 - Sintomático:
 - Morfina (elección):
 - Sin tratamiento previo 10–20 mg vo/24 horas.
 - Con tratamiento previo ↑50% dosis.

 - Otros fármacos: Levomepromazina (Sinogan®).

DISNEA

▶ Crisis disnea

- Vía SC:
 - 7,5mg midazolam+1/6 dosis diaria morfina.

▶ Otras medidas

- Oxigenoterapia (gafas nasales).
- Aerosolterapia.

ESTERTORES

- ▶ Ruido percibido con los movimientos respiratorios, producido por la oscilación de secreciones respiratorias en hipofaringe.
- ▶ Se produce en fase de últimos días.
- ▶ Bien tolerados por el paciente.
- ▶ Malestar en cuidadores.

ESTERTORES

- ▶ Recomendar posición decúbito lateral.
- ▶ Tratamiento (vía SC):
 - N-butil-bromuro de hioscina (buscapina®) (20mg/4-6 horas).
 - Hidro bromuro de hioscina (escopolamina®) (0,5-1 mg/4-6 horas).
- ▶ **NO ASPIRAR SECRECIONES.**

PACIENTE EN FASE DE AGONÍA

Agonía

Estado que precede a la muerte en las enfermedades en que la vida se extingue gradualmente.

PACIENTE EN FASE DE AGONÍA

Escala de valoración que permite predecir tiempo de supervivencia (Menten, 2004)

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| 1. Nariz fría o pálida | 1-3 signos
fase
preagónica |
| 2. Extremidades frías | |
| 3. Livideces | |
| 4. Labios cianóticos | |
| 5. Estertores | 4-8 signos
fase
agónica |
| 6. Pausas de apnea (>15sg/min) | |
| 7. Anuria (<300cc/día) | |
| 8. Somnolencia (>15 horas sueño/día) | |

PACIENTE EN FASE DE AGONÍA

Objetivos en esta fase:

- Garantizar que la muerte del paciente sea lo más cómoda y menos agresiva posible.
- Conseguir que el paciente no se sienta abandonado.
- Ofrecer apoyo emocional (paciente/familia).
- Control de síntomas.

CONTROL DE SÍNTOMAS EN AGONÍA

1. Transmitir tranquilidad y seguridad para afianzar grado de confianza

- Lenguaje verbal: conciso y asequible, tono pausado.
- Repetir el mensaje tantas veces sea necesario.
- Evitar cualquier signo de prisa.
- Saber escuchar.
- Actitud empática.
- Importancia lenguaje no verbal (contacto visual, postura del cuerpo, expresión facial,...).

CONTROL DE SÍNTOMAS EN AGONÍA

1. Transmitir tranquilidad y seguridad para afianzar grado de confianza

- Además en la familia:
 - Evitar conspiración del silencio.
 - Resolver dudas, miedos.
 - Enseñar técnicas cuidados.
 - Recomendaciones:
 - Aconsejar prudencia con los comentarios delante del paciente.
 - Mantener comunicación y contacto físico con el paciente.

CONTROL DE SÍNTOMAS EN AGONÍA

2. Ajustar tratamiento farmacológico

- No administrar sueroterapia ⇒ cuidados locales eficaces.
- Vía de administración: SC.
- Retirar fármacos que no tengan eficacia inmediata sobre el confort del paciente.

3. Valorar idoneidad pruebas diagnósticas ⇒ evitar obstinación terapéutica.

CONTROL DE SÍNTOMAS EN AGONÍA

Medidas no farmacológicas para el control del confort

- Cambios posturales (suaves).
- Cuidados piel, boca.
- Control disnea (evitar ropa ajustada, elevar cabecera cama,...).
- No forzar a comer.
- No enemas ni laxantes.
- Ambiente tranquilo.

CONTROL DE SÍNTOMAS EN AGONÍA

- ▶ Sedación paliativa o terminal:
 - "Administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y/o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima y con su consentimiento explícito, implícito o delegado".
 - Vía de elección: SC.

SEDACIÓN EN LA AGONÍA

▶ Fármacos

- Midazolam (de elección) (5–7,5mg SC/4 horas)
 - +rescate Midazolam (misma dosis)
 - +fármacos alivio otra sintomatología
- Levomepromazina (12,5–25mg SC/6–12 horas).
- Luminal (1 / 2–1 ampolla SC).

La muerte es un fenómeno natural, universal y único.





· gracias por
vuestra
atención