

LA ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA

R. Iglesias Retamar

Servicio de Urgencias Generales
Hospital Universitario Donostia



TODOS VAMOS A MORIR

Y SALVO UN 10% QUE LO HAREMOS DE FORMA BRUSCA, EL RESTO LO HAREMOS TRAS UN PERIODO MÁS O MENOS LARGO DE ENFERMEDAD

EL DERECHO A UNA BUENA MUERTE

Objetivos para una buena muerte

- Buen control del dolor y otros síntomas
- Claridad en la toma de decisiones
- Poderse preparar para la muerte

Objetivos para una buena muerte

- Sentir haber completado las tareas que uno debía realizar en la vida
- Poder contribuir a los que quedan
- Mantener durante todo el proceso el respeto a la autonomía y dignidad de la persona

Los profesionales

- Deben ser conscientes de las necesidades del paciente, a ser posible de los valores y creencias del paciente y sus familiares

Los profesionales

- Capaces de mantener su estabilidad emocional, su ecuanimidad y su capacidad de ayuda pese a la dureza de algunas situaciones

Los profesionales

- Generadores de confianza, hábiles y con capacidad de respuesta rápida

Los profesionales

- Con reconocimiento de los sucesos probables y de los signos y síntomas del proceso de agonía

Los profesionales

- Es crucial mantener una vigilancia periódica del paciente que permita garantizar su confort y la información y apoyo emocional a la familia durante todo el proceso como herramientas fundamentales de la atención

Síntomas físicos en la agonía

- Debilidad y fatiga
- Disminución de la ingesta de sólidos y líquidos
- Disminución de la perfusión sanguínea
- Disfunción neurológica

Síntomas físicos en la agonía

- Cambios en la respiración
- Disminución de la capacidad de deglución
- Pérdida del control de esfínteres
- Dolor

OBJETIVOS

- Crear un ambiente de paz , serenidad y confianza en todo momento procurando que el paciente se sienta cómodo y acompañado

OBJETIVOS

- Informar a la familia generando confianza en el equipo para ayudarles en todo momento

OBJETIVOS

- Conocer cada una de las fases, con el tto farmacológico y no farmacológico de cada una de ellas así como las posibles reacciones ante ellas del paciente y de la familia

OBJETIVOS

- Cuando el enfermo inicia el cuadro de delirium terminal o presenta signos de distress o agitación se debe iniciar un tto farmacológico que induzca la sedación evitando el distress y el impacto que supone en la familia la agitación del paciente

OBJETIVOS

- Debemos intentar como profesionales ofrecer nuestros mejores cuidados

OBJETIVOS

- Nuestro trabajo y nuestra persona pueden tener un enorme impacto en la calidad de la muerte del paciente

SEDACIÓN PALIATIVA

- Es aquella que consiste en la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la consciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito, implícito o delegado

SEDACIÓN PALIATIVA

- Existencia de un síntoma refractario
- Objetivo de reducir sufrimiento o distress
- Reducción proporcionada del nivel de conciencia a la necesidad de alivio del sufrimiento
- Cuando se trate de sedación en la agonía que la expectativa de vida sea de horas o pocos días

SÍNTOMA REFRACTARIO

- Aquel que no puede ser adecuadamente controlado a pesar de los intensos esfuerzos para hallar tto tolerable en un plazo de tiempo razonable sin que comprometa la consciencia del paciente

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- BENZODIACEPINAS. Midazolam
- NEUROLÉPTICOS. Levomepromazina
- BARBITÚRICOS. Fenobarbital
- ANESTÉSICOS. Propofol

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Cloruro mórfico: Dolor, disnea terminal, sedación en la agonía
- Haloperidol: Sedante, antiemético
- Hioscina: Estertores premorten, espasmo vesical
- Metoclopramida : Antiemético

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Dexametasona: Anorexia/caquexia, fiebre/sudoración, coadyuvante del dolor, disnea, disfagia, HT intracraneal, obstrucción intestinal
- Tramadol: Dolor
- Escopolamina: Estertores premortem

Midazolam. Vía sc. No benzodiacepinas previas

- Bolus de inducción 2,5-5 mg
- Dosis de rescate 2,5-5 mg
- Infusión continua 0,4-0,8 mg/h

Midazolam. Vía sc. Si benzodiacepinas previas

- Bolus de inducción 5-10 mg
- Bolus de rescate 5-10 mg
- Infusión continua: 1-2 mg/h

Midazolam. Vía ev.

- Si no tomaban benzodiazepinas dosis de inducción 1,5mg cada 5 min
- Si tomaban benzodiazepinas dosis de inducción 3,5 mg cada 5 min
- Perfusión continua: dosis de inducción x 6
- Para sedación rápida y profunda (Ramsay V y VI) doblar las dosis

Escala de Ramsay

- Nivel 1: Ansioso y/o agitado
- Nivel 2: Cooperador, orientado y tranquilo
- Nivel 3: Responde a la llamada
- Nivel 4: Dormido, con rápida respuesta a la luz o el sonido
- Nivel 5: Respuesta lenta a la luz o el sonido
- Nivel 6: No hay respuesta

Levomepromazina

- Si se está utilizando midazolam reducir la dosis de éste a la mitad
- Dosis de inducción (vía sc) 12,5-25 mg
- Dosis de rescate (vía sc) 12,5 mg
- Infusión continua 100mg/24h
- Vía ev reducir dosis a la mitad

Propofol

- Si se están utilizando benzodiacepinas o neurolepticos, suspenderlos
- Reducir opioides a la mitad
- Dosis de inducción 1-1,5 mg/Kg ev en 1-3 min
- Dosis de rescate: La mitad de la de inducción
- Perfusión: 2mg/Kg/h

Fenobarbital

- Suspender benzodiacepinas y neurolépticos
- Reducir opioides a la mitad
- No mezclar con otros fármacos
- Vía sc Inducción: 100-200mg
Rescate: 100mg Perfusión: 600mg/24h
- Vía ev Inducción bolus 2mg/kg
Perfusión 1mg/Kg/h

Propuesta sedación el Agonía

- Cloruro Mórfico 2 amp 1% (20mg)
- Buscapina/Escopolamina 2 amp
- Haloperidol/Sinogan 1amp
- Midazolam 0,5 mg/Kg en 24h
- Todo ello en 250cc de SG a pasar en 8 horas