

RECOMENDACIONES PARA LA ASISTENCIA EN URGENCIAS A LOS PACIENTES QUE VAN A FALLECER POR ENFERMEDAD TERMINAL

Noviembre 2011

Francisco Javier Ochoa Gómez
Médico Adjunto de Urgencias

Pedro Marco Aguilar
Coordinador de Urgencias

La mortalidad general de los pacientes atendidos en los Servicios de Urgencias (SU) se sitúa en el 0,2-0,4%. Aproximadamente un tercio de dichos fallecimientos se produce en pacientes con enfermedades ya conocidas en fase terminal.

Se entiende por terminal aquella enfermedad avanzada, progresiva, sin respuesta al tratamiento, con un pronóstico de supervivencia limitado (en general inferior a seis meses). Esta circunstancia es independiente de la naturaleza de la enfermedad (oncológica, hepática, cardiorrespiratoria, degenerativa del sistema nervioso central, etc.) y de la edad del paciente. La fase terminal de las enfermedades produce, habitualmente, una gran repercusión en la vida del paciente y su entorno familiar.

La fase final de la enfermedad terminal puede variar en función del tipo de enfermedad; suele tener una duración inferior a una semana. En ella, el paciente se deteriora y pueden aparecer los siguientes signos y síntomas: disminución del nivel de conciencia (incluyendo estado de coma), aumento de debilidad y postración, agitación o delirio, sequedad de piel y mucosas, hipotensión, dolor, respiración superficial (hasta llegar a pausas de apnea), reacciones hipoactivas (resignación, silencio) o angustia, etc. Cuando el paciente está en coma, cabe esperar su fallecimiento en menos de 72h.

Algunos pacientes con enfermedades terminales son trasladados al SU en condiciones clínicas de fallecimiento inminente por diversas circunstancias: falta de aceptación familiar de la situación, falta de recursos para su cuidado, claudicación por cansancio físico o psicológico de los familiares, etc.

En otros casos, algunos pacientes que acuden al SU sufren una enfermedad aguda, pero por su edad avanzada y/o la propia naturaleza de la enfermedad (por ejemplo infarto de miocardio Killip IV o hemorragia cerebral masiva con coma) su proceso es intratable y conduce al fallecimiento inexorable del paciente tras un periodo de horas en el SU.

En ambos casos, el SU, por sus características (arquitectónicas, asistenciales, por sus funciones, etc.) no es el entorno apropiado para acoger al paciente y sus allegados en un proceso de muerte inminente.

Sin embargo, en ocasiones, no es posible facilitarles el ingreso hospitalario de forma inmediata y el SU debe atender a estos pacientes de la mejor forma posible, hasta que desde el Servio de Admisión sea ubicado en una cama hospitalaria.

Sería deseable que el médico de referencia identificase en su historia clínica a los pacientes que se encuentran en una fase terminal de una enfermedad avanzada incurable. En todo caso, si el médico del SU determina (mediante informes previos, anamnesis al paciente y entrevista a familiares, exploración y, en su caso, pruebas complementarias) que el paciente está en la fase final de una enfermedad terminal, debe plantear al paciente y/o sus allegados dicha situación clínica y proponerles un tratamiento centrado en el bienestar (confort) del paciente, evitando el encarnizamiento terapéutico.

Es necesario conocer si existen instrucciones previas del paciente, preguntándole a él o a sus familiares y consultando el icono sobre instrucciones previas de la historia electrónica SELENE.

Conviene aproximarse a los familiares del paciente de forma empática, y trasladarles nuestra intención de aportar al paciente el mayor confort posible. Se les debe explicar que no se le administrarán tratamientos que no sirvan para dicho propósito, aunque los estuviese recibiendo hasta ese momento, porque pueden empeorar los síntomas de la agonía (por ejemplo por sus efectos secundarios) y/o no aliviar al paciente.

Cuando se prevea que no vayan a poder ingresar de inmediato, se les ubicará en una habitación individual (por ejemplo la de las camas 1 y 2 de la zona de Observación). En dicha habitación, podrán acompañar al paciente todo el tiempo que deseen. Se recomienda ofrecerles el apoyo del capellán del hospital.

Se recomienda dar toda esta información acompañados por otro médico (por ejemplo el que quedará de guardia o se hará cargo del paciente en el siguiente turno) y/o por la enfermera principal que va a atender al paciente, para transmitir a la familia que serán atendidos por un equipo asistencial que conoce los objetivos de su tratamiento.

El resultado de la entrevista se consignará en la historia clínica del paciente y a continuación se cumplimentará su tratamiento.

En las páginas 5 a 7 se exponen en una tabla, en forma resumida, recomendaciones para el mejor tratamiento de los pacientes con fallecimiento inminente, por enfermedad avanzada en fase terminal, en el SU.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA:

Iglesias Lepine ML, Echarte Pazos JL. Asistencia médica y de enfermería al paciente que va a fallecer en urgencias. EMERGENCIAS 2007; 19: 201-210

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos. Madrid: Plan Nacional par el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de práctica clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2006/08. Disponible en:

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_428_Paliativos_Osteba_compl.pdf
(acceso Septiembre 2011).

AGRADECIMIENTOS:

A los Dres. José Luis Monzón (de la Unidad de Medicina Intensiva) y Edelmira Vélez de Mendizábal (de la Unidad de Oncología) del Hospital San Pedro y al Dr. Javier Cevas (de la Unidad de Cuidados Paliativos) de la Fundación Rioja Salud, por sus amables e interesantes aportaciones al manuscrito.

<p>UTILIZAR SÓLO LOS FÁRMACOS QUE SEAN ÚTILES EN LA SITUACIÓN DEL PACIENTE.</p>	<p>El único objetivo terapéutico es el confort del paciente. No pueden asumirse efectos secundarios de fármacos, transfusiones, etc. que no se dirigen a dicho objetivo o que pueden empeorarlo. Se deben suspender todas las medidas sin eficacia sobre el confort del paciente.</p>
<p>SUSPENDER LA FLUIDOTERAPIA</p>	<p>No hay evidencias de los beneficios de la hidratación iv en estos pacientes. La fluidoterapia aumenta los edemas, las secreciones respiratorias, la cuantía de los vómitos y puede obligar al sondaje urinario, por lo que se aconseja suspenderla. Sólo se utiliza para vehiculizar - en infusiones continuas iv - los fármacos apropiados.</p>
<p>ENTORNO ADECUADO</p>	<p>Habitación individual, con iluminación adecuada y con el paciente acompañado por sus allegados. Ofrecer asistencia religiosa.</p>
<p>CONTROL DEL DOLOR</p>	<p>El fármaco principal es la MORFINA. No se recomiendan AINEs, paracetamol, codeína o tramadol.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Las dosis de MORFINA deben individualizarse. ○ La mayoría de los pacientes pueden necesitar dosis en torno a 0,17 mg/Kg/4h. No hay techo terapéutico. ○ Si el paciente no llevaba morfina, comenzar por 5-10 mg/4h sc o iv, ajustando después, según respuesta, cada 30 minutos, durante las primeras horas. ○ Si el paciente llevaba morfina y no tiene dolor ni disnea, se le mantiene su dosis previa. Se recomienda convertir la dosis previa diaria de morfina oral a vía sc o iv. ○ En caso de dolor o fatiga, se incrementa un 50% su dosis diaria, repartiéndola en bolos sc o iv cada 4h.

CONTROL DE NAUSEAS y VÓMITOS	Aunque los antieméticos más empleados son las ortopramidas y los antagonistas de serotonina (primperan ^R , ondansetrón, etc.), el antiemético de elección en pacientes con fallecimiento inminente por enfermedad terminal es el HALOPERIDOL.
	El HALOPERIDOL se emplea a dosis de 2,5 mg/6h en bolos sc o iv o en infusión continua de 10 mg/24h. Puede ser útil asociar DEXAMETASONA, especialmente si hay hipertensión endocraneal: bolo inicial de 12-20 mg iv seguidos de 4 mg/6h.
CONTROL DE AGITACIÓN y DELIRIO	HALOPERIDOL 2,5 mg iv seguidos de 1 mg iv cada 20 min hasta control de los síntomas. Posteriormente 2,5 mg/8h. Pueden requerirse bolos de 5 mg de MIDAZOLAM sc o iv coadyuvantes e incluso - posteriormente - infusión de 45-120 mg/24h.
CONTROL DE DISNEA	El fármaco principal es la MORFINA. Como terapia coadyuvante, pueden usarse gafas nasales de oxígeno a 1 lpm y FUROSEMIDA 20 mg iv o sc. No está indicada la oxigenoterapia a altos flujos. Si la disnea no cede, considerar SEDACIÓN con MIDAZOLAM.
CONTROL DE SECRECIONES	BROMURO DE HIOSCINA 20 mg/4-6h sc o iv.
CONTROL DE FIEBRE	Evitar compresas frías por los escalofríos. Pueden utilizarse PARACETAMOL 1 gr iv, KETOROLACO 30 mg sc o iv o METAMIZOL 2g iv.
OCLUSIÓN INTESTINAL	LEVOMEPRMAZINA (SINOGAN ^R) 50-150 mg/24h iv o sc + BROMURO DE HIOSCINA 20 mg/4-6h sc o iv. Se deben evitar los enemas.

CAMBIOS POSTURALES	Deben ser cuidadosos y realizarse sólo cuando se requieran para aliviar al paciente.
ASEO	Con agua jabonosa tibia, secado suave y aplicación crema hidratante. Pueden requerirse apósitos por úlceras o lechos sangrantes.
CUIDADOS DE LA BOCA	Retirar dentaduras postizas, limpieza con torundas con agua oxigenada rebajada o antisépticos suaves. Humedecer los labios y la boca con frecuencia. Puede ser útil ofrecer al paciente hielo picado para chupar.
INCONTINENCIA o RETENCIÓN DE ORINA	Si se requieren cambios frecuentes de pañal o hay dolor por retención de orina, se debe proceder al sondaje vesical.
SEDACIÓN EN LA AGONÍA	<p>Está indicada para tratar síntomas no controlados (hemorragia masiva, delirio, dolor, gran angustia, disnea, etc.) refractarios a los tratamientos previos.</p> <p>Cuando está indicada, debe confirmarse que está de acuerdo con las preferencias del paciente (instrucciones previas), solicitar su aceptación (si es posible) o acordarlo con sus familiares. Se debe consignar en la historia clínica del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> o MIDAZOLAM: se suele iniciar el tratamiento con bolos de 3 mg iv, repetibles cada 5 min. hasta conseguir el nivel deseado de sedación. Posteriormente, se administra en infusión continua iv en 24 horas con una dosis inicial correspondiente a la dosis de inducción multiplicada x 6. Si se precisa, la dosis de rescate será igual que la de inducción. o Algunos pacientes pueden requerir la asociación de LEVOMEPROPAZINA (inducción 7 a 12.5 mg iv, perfusión iv 50 mg iv/ 24h). Dosis de rescate, si se precisan, de 12.5 mg iv. Las dosis sc son el doble de las iv. o Si fracasan los anteriores, lo que sólo ocurre excepcionalmente, puede utilizarse PROPOFOL: 1-2 mg/kg en bolo iv seguido de infusión iv de 2 mg/Kg/h. o Se mantiene la dosis de base de opiodes que ha controlado el dolor del paciente. o Se asociará MORFINA si dolor o disnea (ver MORFINA EN EL CONTROL DEL DOLOR)