

Cuidados Paliativos en Urgencias



QUIRÓN
GRUPO HOSPITALARIO

Manos expertas

Ninguna parte de esta publicación, puede ser reproducida, almacenada o transmitida en manera alguna por ningún medio, ya sea electrónico, químico, óptico, de grabación o de fotocopia, sin permiso previo de Quirón. Todos los derechos reservados

En que consisten los Cuidados Paliativos??



Atención Integral, individualizada y continuada de personas con una enfermedad avanzada, progresiva o terminal, que tienen síntomas múltiples, multifactoriales y cambiantes, con alto impacto emocional, social y espiritual, y alta necesidad y demanda de atención, así como de sus familiares.

OBJETIVO

Mejora del confort y la calidad de vida, de acuerdo con sus valores, preferencias y creencias.

Grupos de Síntomas.

Dolor



Trastornos gastrointestinales

Ansiedad y depresión

Delirium o estados confusionales



Síntomas respiratorios

“Síndrome Sistémico” (enfermedad avanzada) Debilidad, astenia, fatiga, anorexia y pérdida de peso

Síndromes y situaciones específicas en enfermos con cáncer avanzado y terminal



Situación avanzada y terminal.



- ✓ Presencia de una enfermedad incurable y progresiva.
- ✓ Posibilidades limitadas de respuesta al tratamiento específico.
- ✓ Presencia de síntomas.
- ✓ Impacto emocional sobre enfermo, familia y equipo.
- ✓ Pronóstico limitado de vida.

Instrumentos Básicos

Control de los síntomas

Apoyo emocional

Comunicación

Adaptación a las necesidades y demandas en situación difícil

Situación de los últimos días.

✓ Deterioro físico y funcional:



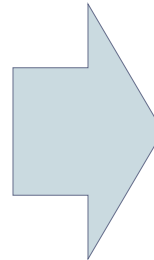
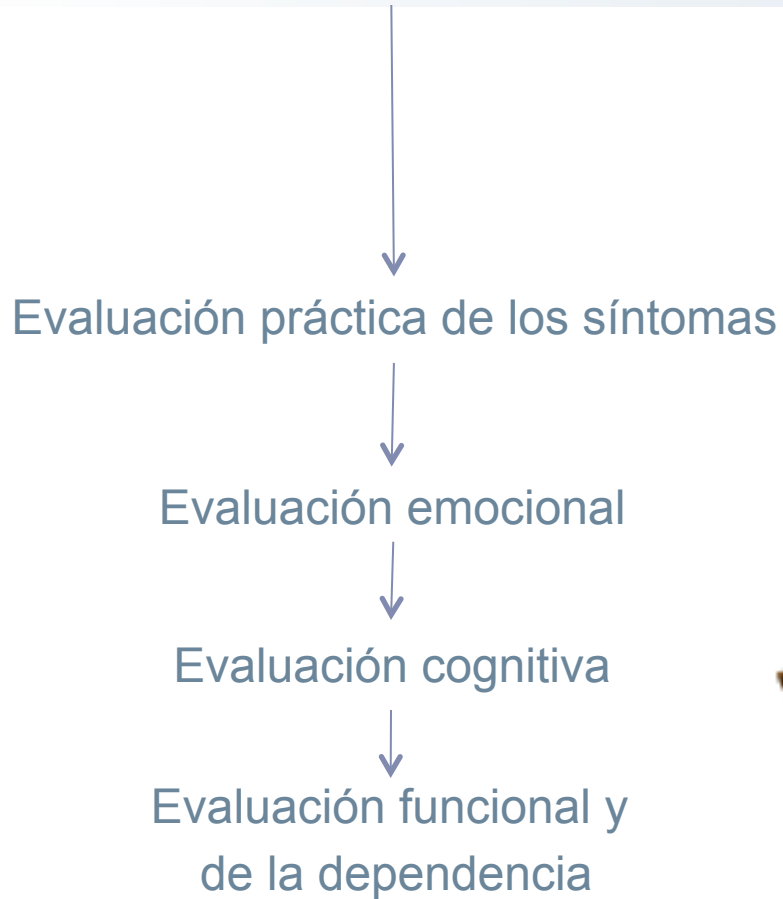
- Incremento síndrome sistémico.
- Trastornos de conciencia, relación y capacidad de comunicación.
- Frecuencias elevadas de trastornos neuropsicológicos (Delirium).
- “Pronóstico de días”.

Principios Generales del Control de Síntomas.

1. Evaluar antes de tratar.
2. Definir los objetos terapéuticos.
3. Elaborar un plan terapéutico global.
4. Informar al enfermo y a la familia y ofrecer apoyo emocional.
5. Monitorización, revisión, accesibilidad y disponibilidad.
6. Trabajar en equipo y cooperar con otros equipos.



Evaluación de los síntomas



Comunicación

“Instrumento terapéutico esencial”

¡Antes de dar ningún tipo de información, evaluar!

Información

90%
Conocer que es
cáncer

85%
Todo sobre
su enfermedad

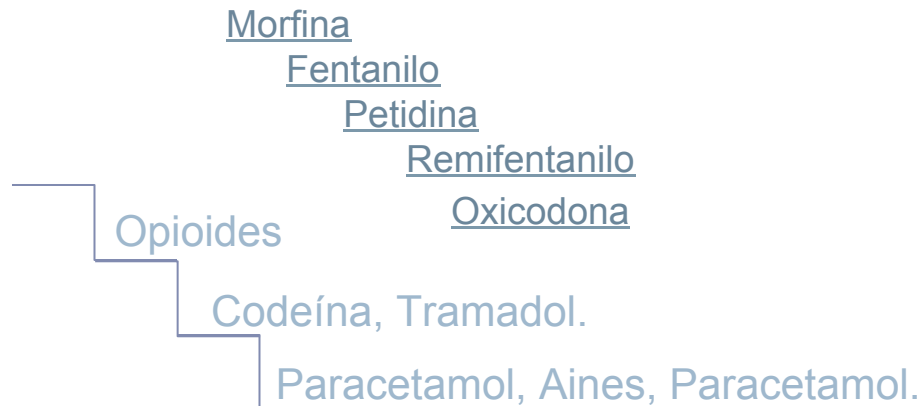
Síntomas:

1. Dolor:

Es lo que el paciente dice que le duele (prevalencia 70-80%)

Fármacos analgésicos

Co-analgésicos



↓

- Antidepresivos
- Anticonvulsionantes
- Anestésicos locales
- Agonistas GABA
- Corticoides
- Psicoestimulantes
- Benzodiacepinas



2. Síntomas respiratorios:

50% Pacientes Oncológicos.

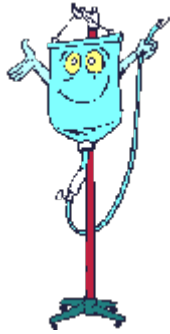
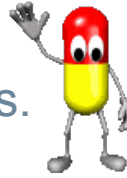
85% Cáncer de pulmón.



Vía Subcutánea:

✓ Administración de fármacos.

✓ Administración de líquidos.



- Lugar de punción {
 - Brazo, cara lateral.
 - Zona pectoral (subclavicular).
 - Abdomen.
 - Zona anterior muslo.
- Descarta zona piel irradiada, inflamada, con infiltración tumoral o ulcerada.
- Evitar zonas de fácil acceso para el paciente con delirium o agitados.
- Aguja: {
 - Palomitas con agujas de metal de 23 o 25 g.
 - Palomitas con catéter de plástico de 24 g. (no flujos superiores a 30-50 ml/h).
- Cuidados: {
 - Si no administramos medicamentos, no hace falta heparinizarla.
 - Registros fecha colocación.
- Fluidos: {
 - S Fisiológico o Glucosalino (no glucosado). “Hipodermocclisis”.
 - Ritmo no superior a 80 cc/h.
 - Volumen depende de la zona.
- Administración Fármacos: {
 - Bolus.
 - i.c.s.c. (tipos de infusores).

Sedación Paliativa:

- ✓ Indicada para prevenir distres maniobra diagnóstica, terapéutica o en circunstancias propias de la enfermedad.
- ✓ Intención deliberada de disminuir el nivel de conciencia.
- ✓ Objetivo final; proteger al paciente.
- ✓ Disminuir la excitación del sistema nervioso central de un paciente frente a una situación real o ficticia que es vivida como una amenaza insuperable.
- ✓ Sedación NO es sinónimo de coma farmacológico. Superficial o profunda, continua o intermitente.
- ✓ La sedación del paciente no es la respuesta frente a distrés de la familia o el equipo.
- ✓ La sedación no tiene nada que ver con una práctica eutanásica.
- ✓ Cuando se indica ante un síntoma o problema refractario, se denomina sedación paliativa (sedación en la agonía).



Requerimientos éticos para la sedación paliativa:



Existencia de síntoma refractario



Objetivo: disminuir el sufrimiento



Consentimiento

Interés del paciente

Información sobre los valores o deseos del paciente

Importante que la familia participe en la decisión

Al final la responsabilidad sobre el bienestar del paciente es del equipo terapéutico



Muerte cercana

Todo debe quedar reflejado en la Historia del Paciente, asegurarse de que la estrategia terapéutica llega a todos los que van a tratarle.

Tratamiento farmacológico:

Aspectos preliminares

- ✓ Elegir vía de administración.
- ✓ Mantener los analgésicos.
- ✓ Simplificar el tratamiento.
- ✓ Inducción y ajustes supervisados directamente por el personal sanitario.
- ✓ Ritmo de administración: intermitente, constante y variable.
- ✓ Rescates siempre con el mismo sedante.
- ✓ Dosis diaria= dosis basal diaria + media dosis rescate en la 24 h. previas.



MIDAZOLAM

(ampollas de 15 mg./3cc.)



Vía Subcutánea

1 Bolus de inducción

Sedación
intermitente

Indicar solo dosis de rescate

Pac. NO tomaban BZD o muy debilitados:

Inducción.....Bolus 2,5 – 5 mg.

Rescate..... Bolus 2,5 – 5 mg.

Inicial en icsc....0,4 – 0,8 mg./h.

Pac. Con BZC:

Inducción.....Bolus 5 – 10 mg.

Rescate.....Bolus 5 – 10 mg.

Inicial en icsc....1 – 2 mg./h.

Vía Endovenosa

1 Bolus de inducción

(diluir 1 ampolla de 15 mg. En 3cc+7cc de fisiológico, en una jeringa de 10cc. Con lo que queda 1cc=1,5 mg.)

Sedación
continua

Iniciar una icsc o ev e indicar
dosis de rescate

(ICEV= dosis de inducciónx6; dosis de rescate=dosis de inducción)

Pac. NO tomaban BZD o muy debilitados:

Inducción; Bolus 1,5 mg. cada 5 minutos

Pac. Con BZC:

Inducción; Bolus 3,5 mg. Cada 5 minutos

LEVOMEPRMAZINA

(ampollas 25 mg./cc.)



Fenotiazina con acción antisicótica, antiemética y sedante.
(Dosis diaria máxima recomendada parenteral: 300 mg. al día)

Indicaciones

Paciente agitados que requieran sedación por delirium, fallo a midazolam, en contraindicaciones de BZC.

Vía Subcutánea

Inducción..... Bolus 12,5 – 25 mg.
Rescate..... Bolus 12,5 mg.
Incial en icsc..... 100 mg./24 horas.

Vía Endovenosa

La mitad de la dosis subcutánea.

PROPOFOL

(viales de 10 mg./cc.)



Anestésico general de acción ultracorta.

Inició de acción: 30 segundos, dura unos 5 minutos, vida plasmática media: 40 minutos.

Indicaciones

Fallo a midazolam y levomepromazina.

Sedación puntual con necesidad de recuperación rápida.

Alergia a benzodiacepinas/fenotiazinas.

Antes de iniciar perfusión, parar BZD y neurolépticos.

Reducir opioides a la mitad.

Solo vía Endovenosa

Inducción..... 1-1,5 mg./Kg./e.v. en 1 a 3 minutos
Rescate.....50% de la dosis de inducción
Inicial en icev.....2 mg./kg./h.