

# Guía Médica de Cuidados Paliativos



Agencia de Control  
del Cáncer



**Santa Fe**  
PROVINCIA

Ministerio  
de Salud

## **La atención médica en los últimos días de vida**

Este material fue elaborado por el equipo de Soporte y Cuidados Paliativos de la Agencia provincial de Control del Cáncer, con el objetivo de acercar a los trabajadores de la salud información de utilidad a la hora de acompañar a una persona y su grupo cercano en el tránsito de la etapa que se conoce como “final de vida”.

La atención médica en esta etapa, también conocida como agonía, tiene especial impacto en cómo se percibe el proceso de morir en el individuo y su familia.

El reconocimiento de que una persona está entrando en fase de agonía, o final de vida, es fundamental para adecuar el plan de cuidados del enfermo y su familia priorizando en el confort y los cuidados esenciales.

Los pacientes con enfermedades crónicas progresivas pueden ingresar a esta etapa de maneras diversas, ya sea repentinamente o de un modo progresivo. Contar con conocimientos para anticipar ese momento, actuar y realizar el acompañamiento adecuado es sumamente útil para cualquier profesional de la salud que pueda verse involucrado.

En esta guía práctica acerca información sobre: los signos clínicos de esta etapa, la comunicación con la familia o grupo cercano, los estándares de cuidados generales y medidas farmacológicas y no farmacológicas a utilizar.

Esperamos que esta información sea de utilidad para colegas e integrantes de los equipos de salud de la provincia de Santa Fe, en todos sus niveles.

Brindar alivio y cuidar en los últimos momentos de vida es una atención de salud.

### **Responsable:**

Dra. Sonia Juárez, MAT. 14071

Especialista en Cuidados Paliativos, MAT. 61/9018

## Guía Médica de Cuidados Paliativos

- La mayoría de los pacientes en situación terminal pasan por una fase de deterioro que precede en unos días a su fallecimiento y se denomina agonía. Como profesionales de la salud debemos estar alerta al inicio de esta etapa.

En el caso de realizar atención en domicilio debemos informar al Servicios de urgencias que esté al tanto del momento que se encuentra transitando el paciente para no estar realizando medidas fútiles y no entrar en encarnizamiento terapéutico. En el caso de estar internado en un efector el sistema de guardia del día también debe estar informado. Tiene que quedar claro en la HC de **limitar los esfuerzos terapéuticos (LET)** por la situación clínica que se encuentra el paciente.

El reconocimiento que una persona está entrando en fase de agonía es fundamental para adecuar el plan de cuidados del enfermo y su familia enfatizando en el confort y los cuidados esenciales.

Al acercarse la fase de agonía el enfermo tiene la sensación subjetiva de empeoramiento, el mismo lo puede verbalizar y tenemos que informar a los familiares que lo deje expresar sus emociones porque entraría en el cierre de su vida. Dando mensajes explícitos o implícitos de despedida.

### **Existen numerosos signos que nos indican el ingreso a este momento:**

- Deterioro evidente y progresivo del estado general.
- Pérdida del tono muscular: debilidad, incontinencias.
- Cambios signos vitales: enlentecimiento de la circulación, trastornos respiratorios.
- Afectación sensorial: somnolencia, dificultades de comunicación.
- Dificultad/Incapacidad para la ingesta.
- Síntomas derivados de múltiples complicaciones.
- Síntomas psicoemocionales variables: crisis de ansiedad, agitación, tristeza, resignación, miedo.

Se han descrito también una serie de signos clínicos de agonía cuya presencia puede predecir la muerte en los siguientes días

1. Nariz fría blanca
2. Extremidades frías
3. Livideces
4. Labios cianóticos
5. Somnolencia > 15h/d
6. Estertores
7. Pausas de Apnea > 15"
8. Anuria < 300ml/d

Cuando de 1 a 3 de estos criterios están presentes se podía hablar de situación de pre agonía. Si estaban presentes más de 4, el 90% de los enfermos fallecían en menos de 4 días. Sin embargo, los propios autores mencionan que alrededor del 10% de los pacientes incluidos en un servicio de paliativos fallecen "sin avisar". Menten y Hoefken

Es aquí donde se entra en una fase donde se requiere de **cuidados paliativos intensivos** con habilidades en las diferentes dimensiones del ser humano..

### **Estándares de cuidados:**

- Potenciar el bienestar del paciente intensificando sus cuidados.
- Evitar intervenciones diagnósticas o terapéuticas inadecuadas.
- Reevaluar el tratamiento del paciente. Evitar medicaciones que no son imprescindibles.
- Asegurar una vía de administración de fármacos. Utilizar preferentemente la vía subcutánea.
- Intensificar el control sintomatológico, indicando pautas fijas de medicación así como medicación de rescate, y prevenir la aparición de complicaciones
- Cubrir las necesidades espirituales y emocionales.
- Apoyar a la familia anticipando los síntomas y situaciones ante los que se va a enfrentar.
- Explicar y discutir el plan de cuidados con el enfermo y sus familiares.
- Mostrar disponibilidad del equipo sanitario. En el domicilio deben proporcionarse los teléfonos de contacto necesarios (Centro de Salud, Urgencias Domiciliarias, Hospital de Referencia).
- Informar de las actuaciones a realizar cuando se produzca el fallecimiento.

Esto tendrá mayor efecto si se viene realizando un trabajo previo de atención a las necesidades paliativas.

Se demostró que esta etapa es sobrellevada mejor si se cumplen algunas puntos:

- Mejor relación/comunicación con el equipo de atención sanitaria
- Mayor disponibilidad de los miembros del equipo de atención
- Presencia de los familiares
- Menor carga sintomatológica
- Dejar las cosas en orden
- Muerte en el lugar elegido por el paciente

La familia toma un rol fundamental como unidad de atención donde la clave pasa ser una buena comunicación. En consecuencia, los puntos básicos a tener en cuenta en las entrevistas con los familiares deben ser:

- Explicar claramente la situación del paciente. Comentar como y cuando creemos que se va a producir la muerte. Tratar de anticipar la sintomatología que puede tener el enfermo (¿qué puede pasar? y, sobre todo si el paciente está en domicilio, ¿qué deben hacer si pasa?).
- Discutir los objetivos del tratamiento médico. Aclarar la medicación pautada y de rescate.

- Fomentar una actitud activa. Conseguir su implicación en los cuidados del paciente. Enfatizar la importancia del tacto y el acompañamiento.
- Apoyo emocional. Favorecer la expresión de los sentimientos. Responder a sus miedos y preocupaciones.
- Hablar de los trámites que han de realizarse tras el fallecimiento.

## **Cuidados Generales y Medidas No Farmacológicas**

### **A. Medidas Ambientales:**

Si el paciente está ingresado hay que intentar disponer de una habitación individual. En cualquier caso la habitación debe estar adecuadamente ventilada. Hay que tratar de evitar que mucha gente permanezca en la habitación y la existencia de ruidos. Utilizar ropa de cama ligera. Es importante mantener el contacto físico con el paciente, el tacto y la escucha son los últimos sentidos que el enfermo pierde.

### **B. Medidas Físicas:**

a. Higiene: Realizar higiene y cambios de sábanas al menos una vez al día. Para hidratar la piel se pueden dar masajes suaves con crema hidratante, siempre que no moleste al paciente o le provoque dolor. La incontinencia en sí misma no es indicación de sondaje vesical, pueden utilizarse absorbentes. Sin embargo, si el paciente está agitado y en anuria habría que descartar el globo vesical. Los enemas u otros laxantes por vía rectal no tienen ningún sentido en situación agónica.

b. Movilización: Colocar al paciente en su posición preferida. En general, la posición más cómoda es el semidecúbito lateral izquierdo. Evitar cambios posturales si resultan dolorosos o incómodos para el paciente. Recordar, sin embargo, que a veces pueden resultar beneficiosos para facilitar el control de los estertores al movilizar las secreciones y proporcionar alivio al cambiar los puntos de apoyo del cuerpo

c. Cuidados de la Piel: El colchón antiescaras es muy útil para evitar la aparición de úlceras por presión. Las curas de las úlceras deben ser paliativas. Orientadas a tratar el dolor y el olor. Se pueden administrar anestésicos tópicos o metronidazol con este fin.

d. Cuidados de la boca: Retirar dentadura postiza. Humedecer boca y labios. Existen preparados comerciales que pueden ser útiles. La hidratación parenteral no mejora la xerostomía.

C. Alimentación e Hidratación: La dificultad o incapacidad para la ingesta son características de la fase agónica. Forzar la alimentación es muy molesto para el paciente y sólo puede conducir a la broncoaspiración. Esto debe explicarse detenidamente a la familia para adaptar la dieta al nivel de conciencia del paciente. Respecto a la hidratación en caso de decidir realizarla lo más conveniente es por hipodermocclisis (VS 1500 cc de suero fisiológico en 24 hs).

## Delirium

**Agitación:** el delirium es un síntoma muy frecuente al final de la vida, aparece hasta en el 80% de los pacientes. Su aparición es además un signo de mal pronóstico. Sin embargo, sobre todo si el delirium es de los primeros signos en producirse al entrar en la fase de agonía, deben buscarse las posibles causas reversibles, especialmente tener en cuenta la posibilidad de deshidratación, dolor, globo vesical, impactación fecal y la toxicidad farmacológica.

Para el tratamiento del delirium terminal debemos plantear medidas ambientales y farmacológicas. Respecto a las ambientales es importante explicar a la familia que está sucediendo para evitar que con su actitud inquiete más al paciente. El delirium terminal se produce por mal funcionamiento cerebral y no indica necesariamente malestar o sufrimiento.

El enfermo debe estar tranquilo con pocos acompañantes, tono de voz suave y luz tenue en forma permanente (mantenerla durante la noche). Deben evitarse las medidas de restricción física.

El manejo farmacológico del delirium está indicado en aquellos pacientes que están agitados o que tienen alucinaciones desagradables con haloperidol 2,5 y 5 mg cada 6 horas vía sc o iv. Para controlar rápidamente la agitación pueden administrarse 1-2 mg cada 15-30 mn según se requiera durante la primera media hora y después cada hora según precise.

Posteriormente se cambiará a una administración cada 6 horas.

Si el haloperidol no es suficiente para controlar la agitación, podemos utilizar un neuroléptico con acción más sedante, preferiblemente levomepromazina que puede utilizarse por vía sc, o una benzodiacepina, preferiblemente midazolam por vía sc.

**En el caso de tener algún síntoma refractario se puede requerir sedación paliativa.**

## Botiquín útil a tener

- Ampollas de morfina, hioscina, dipirona, haloperidol, midazolam, metoclopramida, fenobarbital, dexametasona
- Solución fisiológica, jeringas descartables de 5 ml con agujas.
- Elementos para vía subcutánea (Butterfly 21-23)

## Recordar

- Si el paciente está en domicilio que tengan los familiares consignas claras de los pasos a seguir en forma escrita, contacto si lo requieren y si otro dispositivo de la Red tiene que intervenir. La historia clínica de domicilio debe ser clara y con objetivos terapéuticos..
- En la historia clínica debe quedar registrado el momento de detección del inicio del final de la vida, el plan de cuidados acordado, los cambios de tratamiento, orden de no reanimar, teléfonos de contactos de cuidadores
- Es probable que como profesional de la salud te puedas encontrar esta situación formando parte de equipos unipersonales (médico-enfermero). Aun así los objetivos de cuidados no deberían cambiar. Puedes contactar para orientación con algún otro profesional de la Red o enviar un mail a [paliativossantafe@gmail.com](mailto:paliativossantafe@gmail.com)
- Siempre tener organizado quien reconoce la muerte y el llenado de certificado de defunción.

<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-cuidados-paliativos-la-atencion-los-ultimos-dias-13037459>

Guía de Práctica Clínica sobre atención paliativa al adulto en situación de últimos días. Madrid: Ministerio de Sanidad; Santiago de Compostela: Agencia de Conocimiento en Salud (ACIS). Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t; 2021. Guías de Práctica Clínica en el SNS

[https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk\\_publicaciones/eu\\_argital/adjuntos/lehen/cuidadosPaliativos.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/eu_argital/adjuntos/lehen/cuidadosPaliativos.pdf)

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/manual-de-cuidados-paliativos-para-la-atencion-primaria-de-la-salud>

<https://bit.ly/3G6t1Co>