

Atención al paciente en agonía

Por Dra. María de los Ángeles González Takiöldin (*)

En el proceso de atención habrá períodos críticos, o de mayor demanda asistencial, períodos en que la atención deberá extremarse como son el inicio de la situación de terminalidad o la atención a complicaciones que requieran atención urgente (compresión medular).

La atención a los pacientes en sus últimos días de vida, la atención en la agonía debe ser considerada como uno de estos períodos críticos.

Esta etapa final de la enfermedad terminal viene marcada por un deterioro muy importante del estado general indicador de una muerte inminente (horas, días) situación que provoca un gran impacto emocional en el enfermo y su familia, en los cuidadores y también en nosotros mismos.

Las demandas de atención serán frecuentes dada la presencia de síntomas intensos, cambiantes en el tiempo y en ocasiones de aparición súbita y asociadas habitualmente a un componente de angustia y ansiedad fundamentalmente de los cuidadores.

En estos momentos reaparecen aquella serie de interrogantes y miedos de la familia:

¿Cómo será la muerte?, ¿Tendrá convulsiones?, ¿Sangrará?, ¿Vomitara?, ¿Se ahogará?,

¿Cómo reconoceré que ha muerto?, ¿Qué tengo que hacer entonces? Etc.

Diagnóstico de la situación agónica

Durante esta etapa pueden existir total o parcialmente los síntomas previos o bien aparecer otros nuevos, entre los que se destacan los siguientes:

– Postración, aumento de la debilidad, (generalmente los enfermos permanecen en cama las 24 horas).

– Deterioro del nivel de conciencia.

El grado de alteración puede ser variable pero habitualmente permanecen en un estado estuporoso, respondiendo lentamente a las ordenes verbales.

– Incontinencia de esfínteres

– Dificultad o incapacidad para la ingesta.

– Signos físicos: oliguria, taquicardia, hipotensión, a veces fiebre.

– Problemas emocionales: ansiedad, agitación, intranquilidad, miedo y en ocasiones crisis de pánico. Los síntomas físicos mas prevalentes en los últimos días son: astenia, anorexia, boca seca, síndrome confusional, respiración estertorosa, estreñimiento y disnea.

Objetivos de la atención a un paciente en sus últimos días de vida

- Control de síntomas físicos.
- Apoyo emocional al paciente y su familia hasta el momento de la muerte
- Prevención de posibles crisis (dolor, disnea).

Control de síntomas

La fase agónica tiene características que la diferencian en el abordaje de problemas en el control de síntomas con otras fases de la situación familiar:

1) Los síntomas se tratan generalmente de manera sintomática.

En este momento habrá que valorar la conveniencia de realizar determinadas exploraciones complementarias teniendo en cuenta las molestias que le van a suponer al paciente (traslado a hospital) y los posibles beneficios que ello le va a ocasionar. Ante un paciente con cáncer de pulmón que se encuentra en fase agónica y presenta un síndrome confusional ¿esta indicado realizar un TAC cerebral en el hospital para descartar metástasis cerebrales? Siempre debemos plantearnos en que va a mejorar este paciente en términos de pronóstico o de control adecuado de síntomas el poner la “etiqueta” al causante de ese síntoma.

2) En ocasiones no se puede utilizar la vía oral para administrar medicación, siendo la alternativa de elección la vía subcutánea.

Es habitual que en esta etapa los pacientes presenten en muchas ocasiones dificultad para la toma de medicación por vía Oral. Esta situación nos plantea la búsqueda de alternativas. En cuidados paliativos existe un amplio consenso en la actualidad en que la alternativa a la vía oral para la administración de medicación es la vía subcutánea. El porcentaje de pacientes que requerirán utilización de esta vía alternativa varía en las series pero en la fase agónica puede llegar hasta un 40 %.

3) La sedación del paciente será necesaria en una pequeña proporción de pacientes para conseguir un adecuado control sintomático.

Finalmente es importante destacar que en determinadas situaciones habrá pacientes en los que el único procedimiento para poder conseguir un control adecuado de los síntomas será la sedación. Es

decir provocar por medios farmacológicos una pérdida de conciencia.

El porcentaje de pacientes que requerirán la sedación para el control de síntomas varía mucho en función de las series revisadas (19-52%)

Prevención de posibles crisis

Una de las características de la situación agónica es ser “cambiante”, es decir que pueden aparecer síntomas nuevos y frecuentemente los síntomas existentes presentan exacerbaciones (dolor, disnea, agitación). Por lo tanto deberemos plantearnos estrategias para afrontar estas crisis.

En primer lugar es fundamental informar a las familias de que estas crisis pueden ocurrir, de esta manera cuando la crisis de disnea o de dolor aparezca el impacto en las familias será menor.

Será fundamental que se establezcan mecanismos para que cuando ocurran, en un período breve de tiempo se preste atención al paciente y a la familia (conocimiento por el médico de guardia, disponibilidad de la medicación adecuada).

Dolor

1) No se debe suspender nunca el tratamiento analgésico previo a la situación agónica.

Aunque el paciente se encuentre estuporoso o en coma, el dolor puede provocar disconfort en el paciente. El requerimiento de analgésicos en la fase agónica permanecerá estable o en ocasiones, será preciso aumentar las dosis previas. Si el paciente puede tragar sin ninguna dificultad utilizaremos morfina de liberación de liberación rápida, la morfina de liberación rápida se debe administrar en intervalos de 4 horas. Una práctica que se realiza habitualmente para aumentar las horas de descanso nocturno es doblar la dosis de la noche.

2) La necesidad de pautar “dosis de rescate”

Otra consideración importante respecto al tratamiento del dolor en la fase agónica es la necesidad de pautar dosis de rescate para el tratamiento de los episodios de dolor incidental (crisis de dolor relacionadas con una situación previsible como la movilización o en ocasiones no previsible).

3) El papel de los coanalgésicos

En la fase agónica en general se recomienda suspender el tratamiento con coanalgésicos (antidépresivos, corticoides etc.)

Disnea

La disnea de los pacientes con cáncer en los últimos momentos de su vida es habitualmente de etiología multifactorial. El tratamiento plantea dificultades y

en algunas series es la primera causa que hace necesaria la sedación para el control de la misma.

En esta fase el tratamiento de la disnea será fundamentalmente sintomático. Sin embargo aunque la causa de la disnea estará relacionada fundamentalmente con la propia enfermedad, no hay que olvidar que los pacientes pueden presentar cuadros disneicos no relacionados con la enfermedad tumoral: como son la insuficiencia

Cardiaca o cuadros de broco espasmo que tendrán una buena respuesta al tratamiento específico: diuréticos o broncodilatadores.

Medidas generales no farmacológicas:

- Oxígeno
- Aire fresco, habitación bien ventilada
- Posición adecuada (incorporado en la cama)
- Ambiente tranquilo
- Compañía de los seres queridos y la presencia de los profesionales.

Estas dos últimas medidas actúan sobre el componente de ansiedad que siempre acompaña a la sensación de falta de aire.

Tratamiento farmacológico:

- Morfina de liberación rápida
- Benzodiazepinas vo o vsl

Respiración estertorosa

La respiración estertorosa es un problema que se presenta frecuentemente

En la fase agónica y provoca un gran impacto en las familias. Se origina por el acumulo de secreciones en las vías respiratorias, haciendo un ruido característico con las inspiraciones y espiraciones del paciente “estertores de la muerte”.

Es fundamental la explicación a la familia el origen, “secreciones acumuladas en garganta”, indicando que en pacientes en situación agónica muy avanzada el problema tal vez es más importante para los que acompañamos al enfermo que para el mismo.

Medidas generales:

El enfermo deberá estar en una posición que facilite el drenaje de las secreciones, si esta consciente en posición incorporada en la cama y si esta en coma acostado, en decúbito lateral.

Tratamiento farmacológico:

Los fármacos pautados se utilizan por su efecto anticolinérgico, con la consiguiente disminución de secreciones.

Para conseguir el efecto terapéutico deseado es conveniente que el tratamiento farmacológico se inicie precozmente.

- Bromuro de butilescopolamina (Busca pina amp de 20 mg)

Estado confusional:

El síndrome confusional o delirium es un problema de gran prevalencia en los últimos días de vida, prevalencia que en algunas series provenientes de Unidades de Cuidados Paliativos llega hasta el 85 % de los pacientes.

La etiología del mismo es multicausal:

(Incremento presión endocraneal – Hipoxia - Infecciones - Fármacos (opioides, anticolinérgicos etc.)

- Alteraciones metabólicas, Alteraciones endocrinas, Deficiencias vitamínicas, Alteraciones hematológica, Alteraciones de la eliminación (estreñimiento, retención urinaria) por lo que el abordaje en esta fase de la enfermedad será sintomático.

Clínicamente se caracteriza por:

- alteración del nivel de conciencia
- alucinaciones visuales
- desorientación
- agitación.

Tratamiento específico:

- Deberemos descartar dos causas reversibles que son fácilmente solucionables en el domicilio como son los fecalomas o la retención urinaria.

Medidas generales:

- Es conveniente que el paciente se encuentre en un entorno adecuado, evitando cambios de habitación.

Por las noches es útil mantener una luz encendida en la habitación para que el enfermo mantenga las referencias que le son familiares.

- También es importante que en estos momentos los familiares, cuidadores

Mantengan la tranquilidad, que le hablen al paciente y que no pierdan el contacto físico.

Tratamiento farmacológico:

Neurolépticos

- Haloperidol

Es de elección ante la presencia de alteraciones del sensorio (alucinaciones), toxicidad por opioides o alteraciones metabólicas.

- Levomepromazina

Benzodiacepinas Tienen una acción sedante, por lo que están indicados ante cuadros confusionales asociados a agitación y ansiedad.

- Lorazepam

Náuseas y vómitos

Es poco frecuente que aparezca como síntoma nuevo en la fase agónica.

En este caso es evidente que la vía de administración de elección es la vía subcutánea.

Tratamiento farmacológico:

- Haloperidol, (ampollas de 5 mg, gotas 10 gotas = 1mg)

Es el antiemético de elección ante vómitos de causa central

Metoclopramida

Cuidados de la boca

Las molestias generadas en la boca de los pacientes en fase terminal son uno de los síntomas que generan mayor discomfort en éstos y que sin embargo no siempre son valorados adecuadamente por los profesionales.

Mientras el paciente pueda tragar es importante seguir con la ingesta frecuente de líquidos a pequeños sorbos (manzanilla con limón, agua, cubitos de hielo).

Es también necesaria una correcta higiene dental, para ello se utilizarán cepillos dentales suaves después de cada ingesta (dos veces al día).

Cuando la situación del paciente impida la colaboración en el cuidado es importante seguir utilizando medidas sencillas pero útiles.

Mediante una jeringa administraremos pequeñas cantidades en cavidad bucal.

En fases más avanzadas humedeceremos los labios con gasas empapadas en agua. Es importante estimular a la familia a que realice esta actividad pues aparte del alivio sintomático de la sensación de sequedad, hace a la familia sentirse útil favoreciendo el contacto físico paciente-familia .

Cuidados de la piel

En esta fase los cambios posturales para la prevención de úlceras por presión ya nos son un objetivo terapéutico, por lo tanto dejaremos que el enfermo esté en la posición más cómoda para él. Igualmente las curas de las posibles úlceras tendrán como objetivo la comodidad del paciente (evitar malos olores, dolor etc.), no estando indicadas medidas terapéuticas agresivas (desbridamientos). Dedicamos especial atención a la comunicación no verbal dando instrucciones a la familia en este sentido.

(*) Médica Generalista de Familia. Residencia de medicina general y familiar, H.T.A.I. Cestino de Ensenada. Médica Especialista en Diagnóstico y Tratamiento de Dolor Postgrado en diagnóstico y tratamiento de dolor, Organizado por UNLP (2007/2008) Integrante del equipo de Medicina Paliativa del HIGA "Prof. Dr. R. Rossi" La Plata.