

**Universidad de Zaragoza**  
**Escuela de Enfermería de Huesca**

## Trabajo Fin de Grado

**CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMERÍA AL  
PACIENTE TERMINAL EN FASE DE AGONÍA:  
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

**PALLIATIVE NURSING CARE TO THE TERMINALLY ILL  
IN DEATH THROES: LITERATURE REVIEW**

**Autor/es**

**Paula Solchaga Peñin**

**Director/es**

**Jorge Subías Perié**

**2021-2022**



## **RESUMEN**

Los cuidados paliativos son programas de tratamiento activo destinados a mantener o mejorar la calidad de vida de los pacientes cuyas enfermedades no responden por más tiempo a tratamientos curativos. Todos los enfermos terminales, salvo que fallezcan por una complicación aguda, pasarán por una fase de deterioro que abarca los dos o tres últimos días de vida, denominada agonía. En estos últimos días u horas de vida, los enfermos requieren atención especializada de forma continua y un plan de cuidados que englobe medidas físicas, ambientales y farmacológicas para poder hacer frente a las necesidades del paciente, por ello, el objetivo principal de este trabajo ha sido realizar una revisión bibliográfica sobre los cuidados paliativos que puede ofrecer el personal de enfermería al paciente terminal en fase de agonía.

La metodología empleada ha consistido en una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos (Pubmed, Uptodate, Fistera, Cuiden, Dialnet) mediante Descriptores en Ciencia de la Salud (DeCS), y operadores booleanos ("AND", "OR", "NOT"). Para complementar dicha búsqueda se han consultado libros, repositorios de trabajos de fin de grado y otros buscadores.

Durante el desarrollo de este trabajo se describe la fase de agonía y se identifican los cuidados y medidas no farmacológicas estructuradas mediante el modelo de Necesidades Básicas Humanas de Virginia Henderson y los signos y síntomas más comunes junto con su correspondiente tratamiento.

Como conclusión, cabe destacar que, la fase de agonía es la última etapa de la vida y en la que se debe proporcionar al paciente terminal el máximo confort posible; por lo que resulta imprescindible un equipo multidisciplinar, donde destaca la figura del personal de enfermería ya que es capaz de brindar al paciente terminal cuidados esenciales para garantizar una muerte digna y sin sufrimiento.

Palabras clave: "Cuidados Paliativos"; "Cuidados paliativos al final de la vida"; "Enfermo Terminal"; "Cuidados de Enfermería".

## **ABSTRACT**

Palliative cares are active treatment programmes destined to keep or improve the quality of life of patients whose diseases don't respond for any more time to curative treatments. All terminally-ill patients, unless they die from an acute complication, will go through a phase of decline which include the two or three last days of life, called, death throes. In these last days or hours of life, the sick requires specialized care continuously and a care plan which includes physical, environmental and pharmacological measures to be able to face patient necessity, therefore, the main objective of this project, has been to make a literature review about palliative cares which nurses can offer to terminally-ill patients in death throes stage to guarantee him a respectable death.

The methodology used has consist in a bibliography search in different databases, (Pubmed, Uptodate, Fistera, Cuiden, Dialnet) by DeCs and Boolean Operators ("AND", "OR", "NOT"). To complement the search, books, final degree projects and other search engine, have been used.

Death throes have been described along this review. It identifies not pharmacological cares put together by Basic Humans Necessity Model of Virginia Henderson and the most common symptoms with their treatment.

In conclusion, it should be pointed out that death throes are the last stage of the life in which it is necessary to provide to terminally-ill the highest possible comfort, so it is essential an interdisciplinary team, where stand out the figure of the nurses because they are be able to offer to terminally-ill patient essential cares to guarantee a decent death and without suffering.

Key words: "Palliative Care"; "Hospice Care"; "Terminally Ill"; "Nursing Care".

## **ÍNDICE**

<b>1- INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>5</b>
<b>2- OBJETIVOS .....</b>	<b>6</b>
<b>3- METODOLOGÍA .....</b>	<b>6</b>
<b>4- DESARROLLO .....</b>	<b>8</b>
4.1- CUIDADOS PALIATIVOS .....	8
4.2- FASE DE AGONÍA.....	9
4.3- CUIDADOS Y MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS EN LA AGONÍA .....	11
4.4- TRATAMIENTO DE SIGNOS Y SINTOMAS EN LA FASE DE AGONÍA ..	14
<b>5- CONCLUSIONES .....</b>	<b>19</b>
<b>6- BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>20</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>23</b>

## **1- INTRODUCCIÓN**

Los cambios demográficos, la modificación de patrones de morbilidad, el aumento de la esperanza de vida y los avances científico-técnicos en los países desarrollados, han conducido a un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas<sup>1</sup>.

A medida que las enfermedades crónicas avanzan y no responden al tratamiento curativo aparecen síntomas que, en ocasiones, son difíciles de controlar por lo que será necesario utilizar otras estrategias en las cuales el objetivo de la atención médica no es "curar" sino "cuidar" al paciente, a pesar de la persistencia y progresión irreversible de su enfermedad<sup>2</sup>.

Los cuidados paliativos son programas de tratamiento activo destinados a mantener o mejorar la calidad de vida de los pacientes, cuyas enfermedades ya no pueden ser curadas. Intentan controlar, no sólo el dolor y otros síntomas molestos, sino también el sufrimiento, para conseguir que estos enfermos vivan con plenitud sus últimos meses o días y tengan una muerte digna<sup>3</sup>. Este tipo de cuidados abarcan síntomas físicos, emocionales y el impacto social y espiritual<sup>4</sup>.

La población diana de un programa de cuidados paliativos es la persona en situación terminal con un pronóstico de vida limitado independientemente de la patología que lo origine, cuando esta vaya acompañada de sufrimiento<sup>1</sup>.

La mayoría de los pacientes en situación terminal pasan por una fase de deterioro que abarca los 2 o 3 últimos días de vida denominada agonía o fase pre-mortem, entendida como el estado que comprende el agotamiento total de la reserva fisiológica, y que progresa de forma irreversible hacia la muerte.

En estos últimos días u horas de vida, los enfermos requieren atención especializada de forma continua, proporcionada por un equipo de trabajo multidisciplinar. El plan de cuidados engloba medidas físicas, ambientales y farmacológicas para poder controlar adecuadamente la sintomatología<sup>5</sup>.

Es por todo esto, por lo que los profesionales de la salud, entre ellos el personal de enfermería, deben estar formados en este ámbito para poder llevar a cabo unos cuidados paliativos de calidad ante el sufrimiento y la muerte<sup>6</sup>.

## **2- OBJETIVOS**

✚ **Objetivo general:** realizar una revisión bibliográfica sobre los cuidados paliativos que ofrece el personal de enfermería al paciente terminal en fase de agonía para garantizar una muerte digna.

✚ **Objetivos específicos:**

- Definir el concepto de los cuidados paliativos, su origen y objetivos y la población o enfermedades candidatas a ser "tratadas" con este tipo de cuidados.
- Definir la fase de agonía para proporcionar una forma de actuación a los profesionales sanitarios en los cuidados al final de la vida.
- Describir los cuidados y medidas generales prestadas por el personal de enfermería a un paciente en fase agónica.
- Determinar los signos y síntomas más comunes en la fase de agonía y las medidas necesarias para su control y tratamiento.

## **3- METODOLOGÍA**

El presente trabajo se trata de una revisión bibliográfica de tipo narrativo realizada, mediante la búsqueda de información en diferentes bases de datos e instituciones, desde diciembre de 2021 hasta abril de 2022.

Para la cumplimentación de los objetivos de dicha revisión bibliográfica, se han revisado diversos libros, guías de práctica clínica, artículos de revistas científicas a través de bases de datos como: Cuiden, Uptodate, Alcorze, Scopus, Dialnet, Fistera y Google Académico.

Además, se ha realizado la búsqueda de documentación en distintas organizaciones sanitarias como la OMS (Organización Mundial de la Salud) o la sede web española referente en cuidados paliativos: SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) y en diferentes instituciones como el Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno de España.

Inicialmente, la búsqueda básica se efectuó mediante el título "Cuidados paliativos en el enfermo terminal" y "Cuidados paliativos en la fase de agonía". De esta manera, se identifican palabras clave para así realizar una

búsqueda avanzada utilizando los términos: "Cuidados paliativos", "Cuidado terminal", "Enfermedad terminal", "Agonía", "Cuidados de enfermería" unidos mediante los operadores booleanos OR y AND.

Con el objetivo de reducir el número de resultados disponibles, se añade a la búsqueda avanzada las palabras "Oncología" y "Pediátrico" precedidos del operador booleano NOT para generalizar el tema y no centrarlo en una enfermedad y un tipo de paciente concreto.

Finalmente, la estrategia de búsqueda mediante los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS), fue la siguiente: ((((((("cuidados paliativos") OR "cuidado terminal") OR "cuidados paliativos al final de la vida") AND "enfermo terminal") AND "cuidados de enfermería") NOT "oncología") NOT "pediátrico"). De la misma manera en inglés: ((((((("paliative care") OR "terminal care") OR "hospice care") AND "terminally ill") AND "nursing care") NOT "oncology") NOT "pediatric").

Los datos obtenidos a partir de las diversas estrategias de búsqueda fueron sometidos a ciertos criterios de inclusión y exclusión (Tabla 1).

Más adelante, se complementó la búsqueda con un rastreo manual en instituciones públicas obteniendo varios libros referentes en enfermería y los cuidados paliativos y se resumieron las características principales de los artículos seleccionados. **ANEXO I**

Tabla 1: Criterios de inclusión y exclusión

<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>
Artículos referentes a los cuidados paliativos por parte del personal sanitario.	Artículos referentes a la ética y legislación de los cuidados paliativos.
Artículos sobre los cuidados paliativos en áreas de hospitalización.	Artículos sobre cuidados paliativos en domicilio.
Artículos sobre cuidados paliativos en pacientes terminales por distintas patologías crónicas.	Artículos sobre cuidados paliativos en pacientes con una edad y/o enfermedad concreta
Artículos de los cuidados paliativos en la fase de agonía.	Artículos sobre cuidados paliativos a largo plazo.
Artículos en español o inglés	Artículos anteriores al año 2010

## **4- DESARROLLO**

### **4.1- CUIDADOS PALIATIVOS**

El movimiento de cuidados paliativos se inició en el Reino Unido durante los años sesenta y setenta, como respuesta a las necesidades no satisfechas de los enfermos en situación terminal y sus familias. En España, este concepto comenzó a desarrollarse a finales de los años 80.

La historia de los cuidados paliativos en el ámbito de la enfermería, no se inició hasta épocas muy recientes, sin embargo, esto no significa que se haya mantenido ajena al desarrollo en este tipo de cuidados, sino al contrario, supone un pilar básico en los cuidados de los pacientes terminales.

El término paliativo deriva de *pallium*, palabra latina que significa "capa". Etimológicamente, significa proporcionar una capa para calentar a los que pasan frío, siempre que ya no puedan ser ayudados por la medicina curativa<sup>7</sup>.

Por ello, una definición completa de los cuidados paliativos sería *"asistencia total y activa a los pacientes y sus familias por un equipo multidisciplinar, cuando no hay esperanza de curación y cuyo objetivo esencial del tratamiento ya no consiste en prolongar la vida sino en asegurar la máxima calidad posible en ella"*<sup>8</sup>. La tríada básica de los cuidados paliativos es: comunicación eficaz, control de síntomas y apoyo a la familia.

Según la OMS, el tratamiento paliativo tiene los siguientes objetivos: reafirmar la importancia de la vida considerando a la muerte como un proceso normal, no acelerar la llegada de la muerte ni tampoco prorrogarla, proporcionar alivio del dolor y otros síntomas angustiosos integrando los aspectos psicológicos y espirituales del paciente y ofrecer un sistema de apoyo tanto al paciente como a su familia<sup>3</sup>.

El enfermo terminal es aquella persona candidata a tratamiento paliativo. Según SECPAL, sus características fundamentales son: la presencia de una enfermedad avanzada y progresiva con falta de respuesta al tratamiento específico que provoca un gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico, la presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes y, un pronóstico de vida inferior a 6 meses<sup>9</sup>.

Los enfermos de cáncer cumplen estas características, pero no son los únicos candidatos a cuidados paliativos; hay enfermos con otras patologías como las enfermedades crónicas progresivas e infecciosas como el SIDA (Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida), la insuficiencia respiratoria crónica, la insuficiencia renal crónica en fase terminal, la insuficiencia cardiaca o las patologías neurológicas degenerativas, que requerirán ayuda y apoyo por parte de un equipo multidisciplinario.

Estas últimas patologías son a las que con mayor frecuencia se enfrenta el personal de enfermería en los servicios de medicina interna de los hospitales.

Para el personal de enfermería, la existencia de un enfermo terminal es un reto, ya que el paciente y su familia tienen diferentes necesidades a lo largo del proceso de la enfermedad y ante la muerte.

Por ello, es fundamental que el 100 % del personal sanitario tenga los conocimientos adecuados para poder proporcionar los cuidados paliativos y así, ofrecer una atención de calidad dentro de las instituciones de salud<sup>6</sup>.

#### **4.2- FASE DE AGONÍA**

El estado o fase terminal, es la suma de los acontecimientos previos a la muerte, que representan el deterioro progresivo y generalizado del organismo y sus funciones, a consecuencia de una enfermedad que no responde a los tratamientos específicos. Estos fenómenos están comprendidos en un periodo aproximado de tiempo no mayor de 6 meses<sup>5</sup>.

En general, casi todos los enfermos terminales, salvo que fallezcan por una complicación aguda, pasarán por una última etapa de la vida denominada fase de agonía, que requiere una atención especializada y continuada tanto para el mismo paciente como para la familia, y que generalmente es proporcionada por un equipo multidisciplinar en el ámbito hospitalario<sup>5</sup>.

La fase de agonía o fase pre-mortem se define como "*etapa final de la enfermedad terminal que comprende el agotamiento total de la reserva fisiológica y que progresa de forma irreversible hacia la muerte*". Suele abarcar los 2 o 3 últimos días de vida y se acompaña de fluctuaciones en el nivel de conciencia<sup>5,9</sup>.

Atendiendo al estado de consciencia, la fase de agonía puede clasificarse en:

- Agonía totalmente consciente, donde se conserva la consciencia y el enfermo conoce que se está muriendo.
- Agonía en estado de extenuación, caracterizada por somnolencia profunda debido al agotamiento físico, psíquico y emocional, donde el enfermo no tiene conocimiento del proceso final de la vida.

En esta fase, se observa un progresivo deterioro de la función física, biológica y emocional, donde el 90% de los enfermos manifiestan diversos síntomas cuya presencia puede predecir la muerte en los siguientes días<sup>4</sup> (Tabla 2).

Tabla 2: Signos de muerte inminente<sup>11</sup>

- Livideces
- Somnolencia (>15 horas/24 horas)
- Estertores pre-mortem
- Pausas de apneas (>15 segundos/min)
- Oliguria-anuria (>300 ml/24horas)
- Nariz y extremidades frías y pálidas
- Labios cianóticos

El 90% de los pacientes que presentan cuatro o más de los anteriores signos mueren a los cuatro días, mientras que los pacientes con menos de cuatro signos se encontrarán en una fase preagónica<sup>12</sup>.

Identificada la fase de agonía, la actitud del personal sanitario debe evolucionar desde un intervencionismo terapéutico, que caracteriza la fase previa a la agonía, hasta la aplicación de cuidados paliativos adaptados a dicha fase y a las necesidades del enfermo<sup>4</sup> (Tabla 3).

Tabla 3: Previsiones en la trayectoria de la enfermedad<sup>3</sup>

	<b>Fase Curativa</b>	<b>Fase Paliativa</b>	<b>Fase Agónica</b>
<b>Prioridad</b>	Supervivencia	Calidad de vida	Calidad de muerte
<b>Supervivencia prevista</b>	Prolongada	Limitada	Ninguna
<b>Toxicidad terapéutica</b>	Elevada	Baja	Ninguna

#### **4.3- CUIDADOS Y MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS EN LA AGONÍA**

Los cuidados enfermeros en esta fase buscarán conseguir el máximo bienestar tanto para el paciente como para la familia. Tendrán como objetivo evitar el sufrimiento físico, psicológico y espiritual, y serán tan importantes como las pautas de tratamiento farmacológico<sup>5,11</sup>. **ANEXO II**

##### **A) MEDIDAS AMBIENTALES**

Proporcionar al paciente una habitación individual con una cama cómoda y articulada, retirando las mantas para fomentar la comodidad.

Generar un ambiente tranquilo y relajado organizando las visitas y evitando ruidos molestos, pero sin llegar al aislamiento del paciente.

Garantizar la adecuada ventilación de la habitación, evitando corrientes de aire, pero asegurando la renovación del ambiente y proporcionar una luz tenue tanto de día como de noche.

También es importante mantener el contacto físico con el paciente, ya que el tacto y el oído, son los últimos sentidos que el enfermo pierde<sup>11</sup>.

##### **B) MEDIDAS FÍSICAS**

###### Cuidados de la boca

Las intervenciones sobre la cavidad oral contribuyen en una gran medida al confort del paciente<sup>3</sup>.

La debilidad del paciente, la medicación, la respiración bucal y la deshidratación, provocan una importante sequedad en la boca del paciente terminal. Es frecuente también, la aparición de infecciones micóticas, por ello, se examinará diariamente la cavidad oral en busca de ellas<sup>3</sup>.

Es necesario mantener la boca limpia y con la humedad adecuada. Para su limpieza se utilizará una torunda impregnada en soluciones desbridantes (3/4 bicarbonato y 1/4 de agua oxigenada o 3/4 de suero fisiológico y 1/4 de agua oxigenada). Se desaconseja el uso de soluciones que contengan alcohol o clorhexidina ya que producen mayor sequedad<sup>9,12</sup>.

Para humedecer la boca reseca se recomienda hidratarla con frecuencia con agua (cucharadita, torunda, jeringa) o como alternativa, con infusiones de manzanilla templada, que sirve de anestésico local y estimula la producción de saliva <sup>8,13</sup>.

Los labios se mantendrán húmedos mediante gel de metilcelulosa 1%, y si existen erosiones en la cavidad bucal, se darán toques con soluciones anestésicas (Lidocaína 2%)<sup>8,13</sup>.

### Hidratación

La decisión de la hidratación en la enfermedad terminal es una de las más complejas y en las que existe más controversia<sup>11</sup> (Tabla 4).

Tabla 4: Hidratación en el paciente en fase agónica <sup>11,13,14</sup>

<b>ARGUMENTOS A FAVOR</b>	<b>ARGUMENTOS EN CONTRA</b>
La deshidratación aumenta el riesgo de delirium	La hidratación no contribuye al control de síntomas, de hecho, puede agravar la tos y fomentar la aparición de edemas y de globo vesical
La deshidratación es la causa desencadenante de la toxicidad por opioides, sobre todo en los casos de pacientes con insuficiencia renal	La hidratación aumenta la producción de secreciones pulmonares (estertores) y digestivas (vómitos) y el riesgo de derrame pleural y secreciones pulmonares

La decisión de hidratación debe ser individualizada y siempre con el objetivo de mejorar la sintomatología. En caso de hacerlo, debe evaluarse diariamente la pertinencia o no de continuar con ella, en función del estado del paciente y de si claramente aporta beneficios<sup>13</sup>.

Pero es importante destacar que la deshidratación en la fase de agonía es un mecanismo de sedación natural del organismo, por lo que la administración de sueros, es una medida contraproducente que no se debería tomar<sup>15</sup>.

### Alimentación

La gran mayoría de los pacientes en fase terminal, experimentan una ingesta oral reducida y disfagia debido a la debilidad generalizada, a la sedación y a la medicación. De hecho, en esta fase, el riesgo de broncoaspiración es alto, por lo que la dieta debe adaptarse al nivel de conciencia del enfermo<sup>4,14</sup>.

No hay evidencia de que aumentar la ingesta calórica mejore la fuerza, la energía o el estado funcional, ni prolongue la supervivencia en pacientes en los últimos días o semanas de enfermedad terminal avanzada<sup>14,16</sup>.

La nutrición enteral y parenteral no está indicada en la fase agónica, ya que la aplicación de medidas agresivas como la sonda nasogástrica provocaría molestias al paciente y puede generar agitación y alargar su agonía<sup>4,14</sup>.

### Eliminación

Si el paciente presenta dolor abdominal y/o intranquilidad, habría que valorar la existencia de globo vesical. Si hay globo vesical, valorar sondaje y aumentar grado de sedación. Si no hay globo vesical, no tratar<sup>17</sup>.

El estreñimiento en la fase de agonía no suele incomodar al paciente, por lo que sólo se considera un problema a tratar si le estuviera provocando malestar. En este caso, se intenta solucionar tomando las medidas menos agresivas que permita la situación, como puede ser la administración de un supositorio de glicerina<sup>15,17</sup>.

### Movilización

El encamamiento prolongado aumenta el riesgo de úlceras por presión, por lo que será preciso, además de utilizar colchón antiescaras, adoptar medidas de protección en prominencias óseas como talones, maléolos y codos<sup>13</sup>.

Los cambios posturales en la fase de agonía, irán enfocados al aumento del confort más que a la prevención de las úlceras, ya que generan dolor e incomodidad en el paciente <sup>11,13</sup>.

Se realizarán únicamente las movilizaciónes que sean necesarias, se elevarán las piernas edematizadas y, en las parálisis con caída del pie, estará indicado el empleo de férulas para mantener los pies en posición normal<sup>3,11</sup>.

### Cuidados de la piel:

La piel debe estar limpia e hidratada. Conviene utilizar jabón de pH neutro para el aseo y tras el mismo, secar bien la piel sin fricción sobre todo en las zonas de pliegues. También está indicado aplicar crema corporal hidratante mediante masajes suaves sin incidir en las prominencias óseas siempre que no moleste al paciente o le provoque dolor <sup>3,11,13</sup>.

El objetivo del aseo en estos pacientes es el confort de los mismos y, evitar los olores y la posible sobreinfección de escaras y heridas abiertas. El baño permite al personal de enfermería valorar la condición física del paciente y valorar el desarrollo de úlceras por presión<sup>3,16</sup>.

Si existieran úlceras, las curas deben ser paliativas, destinadas a tratar el dolor, el olor y el exudado. Se pueden administrar anestésicos tópicos y metronidazol al 2% o apósitos de carbón activado con este fin. En caso de hemorragia adrenalina tópica y compresión con gasas<sup>11</sup>.

### **4.4- TRATAMIENTO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS EN LA FASE DE AGONÍA**

El control de síntomas en los últimos días de la vida suele ser una continuación de lo que se ha ido haciendo hasta ese momento, sin embargo, pueden surgir síntomas nuevos o empeorar los previos. El manejo inadecuado de estos síntomas puede trastocar el bienestar conseguido y producir un final traumático para el paciente y un recuerdo doloroso para su familia<sup>19</sup>.

Los síntomas más comunes e impactantes, que deben ser controlados, engloban el fallo cognitivo, el distrés respiratorio y el dolor, por lo que además de proporcionar cuidados y medidas no farmacológicas, también será necesario hacer uso de tratamiento farmacológico<sup>3</sup>.

Antes de hacer uso de fármacos (Tabla 5) y una vez identificada la fase de agonía, es fundamental dar un nuevo enfoque al tratamiento, realizando un reajuste farmacológico para poder retirar los que ya no sean necesarios en esta fase, manteniendo y simplificando los que continuarán<sup>5,11</sup>.

Tabla 5: Fármacos en la fase de agonía<sup>5</sup>

RETIRAR EN AGONÍA	MANTENER EN AGONÍA
Antidepresivos Antibióticos Antiarrítmicos Diuréticos Insulina/hipoglicemiantes Broncodilatadores Laxantes Antihipertensivos	Analgésicos de tercer escalón Antieméticos Anticonvulsionantes Corticoides (sólo en caso de hipertensión intracraneal) Benzodiazepinas

La vía de administración también es una pieza clave para el control de los síntomas. Las vías más utilizadas para manejo de pacientes agónicos son la intravenosa y la subcutánea<sup>5</sup>. **ANEXO III**

#### 4.1.1 SIGNOS Y SÍNTOMAS

##### A) DISTRÉS RESPIRATORIO

Los problemas respiratorios son los que más sensación de angustia generan en la familia, los más frecuentes son: la disnea y las secreciones en el tracto respiratorio superior (estertores)<sup>20</sup>.

##### Disnea secundaria a taquipnea

Es uno de los síntomas más frecuentes en las últimas 24 horas y uno de los que provocan mayor sufrimiento y ansiedad en el enfermo y familia<sup>3,18</sup>.

El paciente agónico sufre una sensación de falta de aire o dificultad respiratoria como consecuencia de unas respiraciones rápidas y superficiales<sup>19</sup>. El único objetivo a conseguir durante la fase de agonía es reducir la percepción de falta de aire, bajando el ritmo de respiraciones a unas 15-20 por minuto. El fármaco de elección para su control es la Morfina<sup>13</sup>.

##### **ANEXO IV**

Los cuidados de enfermería en este caso son:

- ✓ Medidas ambientales: colocar la cama cerca de la ventana, humidificar el ambiente y proporcionar ventiladores<sup>11</sup>.
- ✓ Colocar al paciente en una cama articulada, incorporado el cabecero a 45° (Posición Fowler)<sup>3</sup>.
- ✓ Proporcionarle aire fresco en la cara, ya que el paso del aire frío por la nariz, puede aliviar la disnea mediante estimulación adicional a través de receptores nerviosos localizados en la nasofaringe<sup>18</sup>.
- ✓ Aporte de oxígeno mediante gafas nasales, solo en aquellos pacientes disneicos que están hipoxémicos<sup>14,17,18</sup>.

### Estertores

Es el ruido que produce el paso del aire a través de las mucosidades acumuladas en las vías respiratorias ante la imposibilidad para expulsarlas <sup>13</sup>.

El fármaco de elección para el control de los estertores es el butilbromuro de escopolamina (Buscapina)<sup>15</sup>. Este tratamiento pretende secar las secreciones acumuladas en la tráquea y orofaringe, que son las responsables de la respiración estertórea<sup>19</sup>. **ANEXO IV**

La medida debe complementarse con la no perfusión de sueros a estos enfermos, ya que provocaría la hidratación de las secreciones.

No está claro que los fármacos sean más eficaces que medidas no farmacológicas por lo que en el tratamiento deberían estar incluidas medidas como:

- ✓ Colocar al enfermo, si está consciente, con el plano de la cama a 30° y si no, decúbito lateral, con la cabeza ligeramente inclinada hacia abajo para facilitar el drenaje de las secreciones<sup>15</sup>.
- ✓ Evitar que el paciente tenga el cuello en extensión.
- ✓ Extracción manual de las secreciones acumuladas en la orofaringe durante la higiene bucal<sup>13</sup>.

En ningún caso debe recurrirse a la aspiración de secreciones ya que suelen ser profundas y la mucosa suele estar reseca y sensible, pudiendo provocar sangrado o broncoespasmo. Además, aspirarlas aumenta su producción<sup>13,17</sup>.

## B) SINDROME CONFUSIONAL AGUDO: AGITCIÓN - DELIRIUM

El fallo cognitivo ocurre los últimos días de vida en casi la mitad de los pacientes. Hay muchas causas que lo ocasionan y su tratamiento es sintomático<sup>5,11</sup> (Tabla 6).

Tabla 6: Criterios diagnósticos del delirium<sup>19</sup>

- Trastorno de la conciencia con capacidad reducida para mantener la atención.
- Cambio cognitivo (déficit de memoria, desorientación y trastorno del lenguaje) o trastorno en la percepción, no explicados por una demencia preexistente.
- El trastorno se desarrolla en un corto periodo de tiempo y tiende a fluctuar a lo largo del día.
- Existe evidencia clínica y/o analítica de que el trastorno está causado por consecuencias directas de una condición general médica

Los síntomas que configuran esta entidad son insomnio y somnolencia diurna, agitación, irritabilidad, dificultad de prestar atención y labilidad emocional, presentando en los casos más graves crisis de agitación motora, alucinaciones visuales, auditivas<sup>19</sup>, etc.

El fármaco de elección para aliviar los estados de confusión y agitación es el Haloperidol por vía subcutánea<sup>15</sup>. Si con las dosis habituales no se consigue el efecto deseado se puede combinar con benzodiazepinas como el Midazolam<sup>15,19</sup>. **ANEXO IV**

Además de asegurar la correcta administración de los fármacos adecuados, el personal de enfermería es el responsable de la seguridad del paciente. Por ello ante un paciente agitado<sup>12</sup>:

- ✓ Se debe descartar retención urinaria e impactación fecal<sup>4,11</sup>.
- ✓ Evitar camas altas y sin barandillas de seguridad<sup>11</sup>.
- ✓ No se recomienda usar contención mecánica, sólo estaría indicada si hay riesgo de autolesión hasta que la sedación haga su efecto<sup>5,17</sup>.

### C) DOLOR

Parece ser que en las últimas horas de vida se produce un ligero aumento en la intensidad del dolor por lo que es importante tener en cuenta sus diferentes causas y ser capaces de tomar medidas al respecto <sup>15,19</sup>.

El dolor tiene dos componentes: el estímulo físico y la respuesta emocional del paciente y, puede ser crónico, en el que influyen múltiples condicionantes, o agudo<sup>3,16</sup>.

En cuanto al tratamiento del dolor físico y agudo, el analgésico de elección en la fase de agonía es el Cloruro Mórfico. A su eficacia antiálgica se suma su efecto sedante y su efectividad para aliviar la disnea. Si a esto se le añade que puede administrarse por la vía subcutánea, le convierte en un fármaco muy importante para el manejo, no sólo del dolor, sino del estado general del enfermo en sus últimas horas de vida<sup>15</sup>.

Para hacer frente al dolor crónico, deberá tenerse en cuenta que es multifactorial y provocado por numerosas causas que, pueden aliviarse con las medidas generales explicadas anteriormente <sup>16,19</sup> (Tabla 7).

Tabla 7: Etiología del dolor crónico<sup>19</sup>

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Retención urinaria</li><li>• Estreñimiento</li><li>• Movilización del paciente.</li><li>• Candidiasis oral y/o sequedad de boca</li><li>• Úlceras de decúbito</li></ul> |
|---|

Como medida general adicional para hacer frente a este síntoma, el personal de enfermería deberá reevaluar la intensidad y características del dolor, para poder afinar en el tratamiento y conseguir un correcto control del mismo<sup>12</sup>.

Para ello se pueden utilizar escalas de medición de dolor y si el paciente no puede o le cuesta mucho comunicarse, buscar en la expresión facial signos de incomodidad o dolor, no esperar a la queja<sup>17</sup>. **ANEXO V**

Los profesionales de enfermería, han de fomentar el confort y velar en todo momento por el cumplimiento del tratamiento farmacológico, ya que garantizará que el enfermo, no padezca dolor y viva esta etapa final de la vida sin sufrimiento<sup>12</sup>.

## **5- CONCLUSIONES**

La figura del personal de enfermería supone un pilar básico con respecto a los cuidados paliativos, ya que, aparte de poder paliar los síntomas difíciles administrando tratamiento farmacológico, es capaz de aliviar el sufrimiento físico, psicológico y espiritual del paciente terminal en sus últimos días de vida con medidas ambientales y físicas que le garantizarán una muerte digna.

Una definición clara y concisa de los cuidados paliativos, al igual que la población diana a la que van dirigidos, resulta imprescindible actualmente, ya que se tratan de un tipo de tratamiento activo que puede ser aplicado por todo el personal sanitario en cualquier área de salud y no solo en aquellas específicamente destinadas a este tipo de cuidados.

Todos los enfermos terminales, salvo que fallezcan por una complicación aguda, pasarán por una última etapa de la vida denominada, fase de agonía, la cual es necesario saber identificarla a tiempo para poder adaptar los cuidados a dicha fase y a las necesidades individuales de cada paciente.

Mediante el modelo de Necesidades Básicas Humanas de Virginia Henderson, la formación pertinente y unos protocolos o guías clínicas de trabajo, el personal de enfermería es capaz de brindar multitud de cuidados sin necesidad de recurrir a tratamientos farmacológicos que fomentan el confort del paciente y de la familia en sus últimos días y horas de vida.

Los síntomas más comunes en la fase de agonía son el distrés respiratorio, el fallo cognitivo y el dolor, por lo que será necesario dar un nuevo enfoque al tratamiento retirando ciertos fármacos y manteniendo o aumentando la dosis de otros, además de valorar utilizar la vía subcutánea como vía de elección para la administración de medicamentos.

## **6- BIBLIOGRAFIA**

1. García Ortiz T. Plan Integral de cuidados paliativos. Instituto Nacional de gestión sanitaria. [Internet]. 2011-2014. [Consultado diciembre de 2021]; Número 1928. Disponible en: [https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/Internet/docs/Plan\\_cuidados.pdf](https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/Internet/docs/Plan_cuidados.pdf)
2. Bonilla P, Terapia de sedación paliativa ¿cuándo y cómo? Revista Venezolana de Oncología [Internet]. 2016 [Consultado enero de 2022]; Vol. 28(1):31-36. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375643222005>
3. Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E. Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. Sexta edición. Navarra: EUNSA; 2018.
4. Rivas García F. Bioderecho y soporte nutricional en la enfermedad terminal. [Tesis doctoral]. Escuela internacional de doctorado. 2019. [Consultado enero 2022] Disponible en: [http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:ED-Pg-DeryCSoc-Frivas/RIVAS\\_GARCIA\\_Francisco\\_Tesis.pdf](http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:ED-Pg-DeryCSoc-Frivas/RIVAS_GARCIA_Francisco_Tesis.pdf)
5. Allende Perez S, Verástegui Aviles E. El periodo de la agonía. Gaceta Mexicana de Oncología. [Internet]. 2013. [Consultado enero de 2022]; Vol. 12(4):256-266. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-pdf-X1665920113269854>
6. Lesvia Hernández M, Aguilar García C. Conocimiento del personal de enfermería sobre cuidados paliativos en pacientes hospitalizados de medicina interna. Rev. Enferm. Inst. Mex Seguro Soc. [Internet]. 2016 [Consultado enero de 2022]; Vol.24(2):87-90. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim162c.pdf>
7. López Fernández M, de la Lama Suárez L. Sedación paliativa en el paciente en situación terminal. NPunto. [Internet]. 2020 [Consultado enero de 2022]; Vol. III (22): 35-50 Disponible en: <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/5e2adef70f1e0NPvolumen22-35-53.pdf>
8. Martínez Olivares L, Jordán Valenzuela M. Cuidados paliativos para Auxiliares de enfermería. Novena edición. Logos; 2010.

9. SECPAL. Sociedad Española de Cuidado Paliativos. Guía de Cuidados Paliativos. [Internet]; [consultado enero de 2022]. Disponible en: <http://www.secpal.com//Documentos/Paginas/guiacp.pdf>
10. Millet M, García R. Utilización de la vía subcutánea en cuidados paliativos. [Internet]. 2018. [Consultado febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/utilizacion-via-subcutanea-cuidados-paliativos/>
11. Jiménez F, Román P, Díaz M. Cuidados de enfermería en situaciones complejas de salud. Proceso oncológico, cuidados paliativos, muerte y duelo. [Internet]. Número 18. Universidad de Almería; 2017. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: <https://elibro.net/es/ereader/unizar/44595>
12. Moro Fernández L. Derechos y garantías del paciente terminal a través de los cuidados de Enfermería. [Trabajo fin de grado]. Facultad de enfermería de Gijón. 2017. [Consultado enero 2022]. Disponible en: <https://ciberindex.com/index.php/lc/article/view/e12075/e12075>
13. Aldámiz Echevarria, B. Guía clínica Agonía. [Internet]. Fisterra. 2017. [Consultado febrero de 2022] Disponible en: <https://www.fisterra.com.ar-bvsalud.a17.csinet.es/guias-clinicas/agonia/>
14. Harman S, Amos F, Walling A. Palliative care: The last hours and days of life. [Internet]. 2022. [Consultado febrero de 2022] Disponible en: <https://www-uptodate-com.ar-bvsalud.a17.csinet.es/contents/palliative-care-the-last-hours-and-days-of-life>
15. Mencía Seco V. Enfermería y el paciente terminal. Módulo III, Capítulo XVII. Colegio de enfermería de Santander. [Internet]. 2013. [Consultado marzo de 2022]. Disponible en: [http://www2.enfermeriacantabria.com/web\\_cursosenfermeria/docs/MODULO III.pdf](http://www2.enfermeriacantabria.com/web_cursosenfermeria/docs/MODULO III.pdf)
16. Aguilera C, Barranco E, Alfaro V, Boceta J, Cía R, González R. Manual de bolsillo de cuidados paliativos para enfermos oncológicos y no oncológico. SECPAL. [Internet]; [Consultado febrero de 2022]. Disponible en: <http://www.secpal.com/Documentos/Blog/Manual%20bolsillo%20cuidados%20paliativos%20ONLINE.pdf>

17. Bescos M, Carceller A, Castillo A, De Dios A, Garcés T, Hualde B. Manejo de la sedación en pacientes con enfermedad en fase terminal en el sector de salud de Huesca. Documento de consenso. Hospital Sagrado Corazón de Jesús. Huesca.
18. Blinderman C, Andrew Billings J. Comfort care for patients dying in the hospital. The new England Journal of medicine. [Internet]. 2015. [Consultado febrero de 2022]; 373: 2549-2561. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra1411746?articleTools=true>
19. Rifa J, Pons O, Manzano H. Cuidados del final de la vida. Manual SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica) de Cuidados Continuos. [Internet]. 2014. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: <https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/cuidCont/cuidadosContinuos493-531.pdf>
20. Trujillo Garrido N. Cuidados paliativos. [Internet]. Serie gerontología. España: Dextra; 2015. [Consultado febrero 2022]. Disponible en: <https://elibro.net/es/ereader/unizar/138490>

## **ANEXOS**

### **ANEXO I: ARTÍCULOS BIBLIOGRÁFICOS**

<b>TÍTULO</b>	<b>AUTOR</b>	<b>FUENTE</b>	<b>AÑO</b>	<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	<b>RESUMEN</b>
Palliative care: The last hours and days of life.	Harman S Amos F Walling A	Uptodate	2022	Artículo de revisión	Durante la fase de agonía es necesario un manejo específico de los pacientes por lo que es imprescindible conocer la manera de cubrir sus necesidades tanto físicas como psicológicas.
Sedación paliativa en el paciente en situación terminal	López Fernández M, De la Lama Suárez L.	Revista NPunto  Vol. III (22)	2020	Artículo de revisión	Los cuidados paliativos tienen su origen hace más de 50 años y hoy en día constituyen una cuestión importante en la salud pública. En la medida en que los cuidados paliativos se desarrollan, crece el convencimiento de que con las técnicas y los fármacos disponibles en la actualidad es relativamente fácil proporcionar alivio físico al paciente.
Bioderecho y soporte nutricional en la enfermedad terminal	Rivas García, F	Dialnet	2019	Tesis Doctoral	Se trata de un documento que se centra en la ética y derechos del paciente terminal, pero a su vez toca aspectos de interés para la realización de esta revisión bibliográfica como son la fase de agonía y el soporte nutricional y cuidados enfermeros que los pacientes precisan en esta fase.
Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia	Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E.	EUNSA	2018	Libro	Dentro del capítulo VIII se relata la atención que precisa el paciente terminal en sus últimos días de vida recalcando la importancia del personal de enfermería en los cuidados no farmacológicos que precisa el paciente para conseguir el máximo confort en sus últimos días de vida.

<b>TÍTULO</b>	<b>AUTOR</b>	<b>FUENTE</b>	<b>AÑO</b>	<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	<b>RESUMEN</b>
Agonía	Aldámiz EchevarriaB	Fisterra	2017	Guía Clínica	La agonía es el estado que precede a la muerte y que aparece en la fase final de muchas enfermedades. Existen numerosas medidas generales y específicas para el control de síntomas que pueden ser aplicadas por el personal de enfermería para proporcionar al enfermo terminal una muerte digna.
Derechos y garantías del paciente terminal a través de los cuidados de enfermería	Moro Fernández L	CUIDEN	2017	Trabajo fin de grado	Documento enfocado al reconocimiento precoz de los signos y síntomas de muerte inminente y a la descripción de los principales cuidados enfermeros ante los síntomas más comunes durante los últimos días de vida para que todos los profesionales sanitarios sean capaces de garantizar una muerte digna al paciente terminal.
Cuidados de enfermería en situaciones complejas de salud.	Jiménez F, Román P, Díaz M.	Alcorze	2017	Libro	El capítulo XII de este libro trata de la situación de los últimos días de vida donde se explican las medidas ambientales y generales que puede aplicar el personal de enfermería y de la sedación paliativa como tratamiento activo para aliviar el dolor y el sufrimiento del paciente y la familia.
Terapia de sedación paliativa ¿cuándo y cómo?	Bonilla P	Revista venezolana de oncología Vol. 28 (1)	2016	Artículo de revisión	La sedación paliativa es una forma de aliviar el sufrimiento a aquellos pacientes que se encuentran en fase agónica; utiliza la disminución del nivel de conciencia mediante medidas farmacológicas para el alivio de dicho sufrimiento de los pacientes con enfermedades sin esperanza de curación.

<b>TÍTULO</b>	<b>AUTOR</b>	<b>FUENTE</b>	<b>AÑO</b>	<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	<b>RESUMEN</b>
Conocimiento del personal de enfermería sobre cuidados paliativos en pacientes hospitalizados de medicina interna	Lesvia Hernández M, Aguilar García C	Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc Vol. (24)	2016	Estudio descriptivo transversal	Los cuidados paliativos son una parte esencial de la asistencia prestada por el personal sanitario. En sus últimos días u horas de vida, los enfermos requieren atención especializada de forma continua, proporcionada por un equipo de trabajo multidisciplinar, el cuál debería estar formado en este ámbito para poder llevar a cabo unos cuidados paliativos de calidad.
Comfort care for patients dying in the hospital.	Blinderman C, Andrew Billings J.	The new England Journal of medicine	2015	Revisión bibliográfica	Durante sus últimos días de vida, el paciente experimenta una serie de síntomas, que pueden ser tratados por un equipo multidisciplinar, a través de medidas farmacológicas y no farmacológicas, las cuales son descritas en el presente artículo.
Utilización de la vía subcutánea en cuidados paliativos	Millet M, García R	Fisterra	2015	Guía clínica	La vía subcutánea es la vía de elección para tratar los síntomas paliativos cuando la vía oral ya no puede ser utilizada. Antes de usarla es necesario conocer sus indicaciones y contraindicaciones, sus ventajas y desventajas y la técnica y materiales necesarios para su inserción y cuidados.
Cuidados paliativos	Trujillo Garrido N.	Alcorze	2015	Libro	En el capítulo IV, explicación detallada de los síntomas principales que se manifiestan en el paciente terminal en sus últimos días de vida y los cuidados correspondientes según cada síntoma que puede ofrecer el personal de enfermería para aliviar el malestar y el sufrimiento que provocan tanto en el paciente como en su familia.

<b>TÍTULO</b>	<b>AUTOR</b>	<b>FUENTE</b>	<b>AÑO</b>	<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	<b>RESUMEN</b>
Cuidados del final de la vida	Rifa J, Pons O, Manzano H	SEOM	2014	Manual	Documento que recoge la asistencia y el tratamiento farmacológico que hay que proporcionar al paciente oncológico y no oncológico, cuando presenta las complicaciones más comunes en sus últimos días de vida.
El periodo de la agonía	Allende Perez S, Verástegui Aviles E	Gaceta Mexicana de Oncología Vol. 12 (4)	2013	Artículo de revisión	En los últimos días u horas de vida, los enfermos requieren atención especializada de forma continua para evitar el sufrimiento físico, psicológico y espiritual del paciente y su familia. En este artículo se describe con detalle la fase de agonía para poder identificarla lo antes posible y poder hacer frente a ella mediante medidas farmacológicas y no farmacológicas.
Enfermería y el paciente terminal	Mencía Seco V	Colegio de enfermería, Santander	2013	Libro	El capítulo XVII del módulo III, se describe la fase de agonía, los síntomas y complicaciones más comunes y la vía de elección para administrar el tratamiento farmacológico.
Plan Integral de cuidados paliativos	García Ortiz T	Instituto Nacional de gestión sanitaria	2011	Documento oficial	Se trata de un documento oficial proporcionado por el Instituto de gestión sanitaria del Gobierno de España en el que se detalla la población diana candidata a entrar en un programa de cuidados paliativos, la legislación vigente y los dispositivos y recursos existentes para ofrecer este tipo de tratamiento activo.

<b>TÍTULO</b>	<b>AUTOR</b>	<b>FUENTE</b>	<b>AÑO</b>	<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	<b>RESUMEN</b>
Cuidados paliativos para Auxiliares de enfermería	Martínez Olivares L, Jordán Valenzuela M	LOGOS	2010	Libro	Las medidas no farmacológicas consiguen aliviar el sufrimiento del paciente; por lo que es importante que todo el personal sanitario tenga la formación y los conocimientos necesarios para poder aplicarlas.
Manejo de la sedación en pacientes con enfermedad en fase terminal en el sector de salud de Huesca	Bescos M, Carceller A, Castillo A, De Dios A, Garcés T, Hualde B	Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Huesca	-	Documento de consenso	Se trata de un documento realizado por el personal sanitario del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, en el que se describe el proceso de la sedación paliativa y la forma de aliviar el sufrimiento de los pacientes terminales, sin la disminución del nivel de consciencia, utilizando otros fármacos o, realizando actividades de enfermería con dicho fin.
Manual de bolsillo de cuidados paliativos para enfermos oncológicos y no oncológico	Aguilera C, Barranco E, Alfaro V, Boceta J, Cía R, González R	SECPAL	-	Manual	Documento de síntesis que recoge información útil para el día a día de los profesionales sanitarios que se enfrentan a pacientes en situación terminal que precisan una valoración exhaustiva y cuidados específicos de calidad para aliviar el sufrimiento y garantizar una muerte digna.
Guía de cuidados paliativos	-	SECPAL	-	Guía clínica	Última actualización acerca de los cuidados paliativos y los cuidados paliativos en fase de agonía proporcionada por la sede web española referente en este ámbito.

## **ANEXO II: MEDIDAS GENERALES EN LA FASE DE AGONÍA**

### **A) MEDIDAS AMBIENTALES**

- Habitación individual con ventilación adecuada y cama articulada.
- Ambiente tranquilo y relajado con luz tenue<sup>11</sup>.

### **B) MEDIDAS FÍSICAS**

#### Cuidados de la boca

- Examen diario de la cavidad oral<sup>3</sup>.
- Higiene bucal: torunda impregnada en soluciones desbridantes.
  - ✓ Bicarbonato, agua oxigenada, suero fisiológico.
  - ✗ Nunca utilizar alcohol ni enjuagues con clorhexidina<sup>9,12</sup>.
- Hidratación
  - Boca: agua o manzanilla con jeringa o torunda.
  - Labios: gel de metilcelulosa al 1%
    - ❖ Si existen erosiones toques con Lidocaína al 2%<sup>8,13</sup>.

#### Alimentación

- No es pertinente forzar la ingesta oral y la nutrición enteral y parenteral están contraindicadas<sup>10,14,16</sup>.

#### Hidratación

- La deshidratación es un mecanismo de sedación natural.
  - La administración de sueros resulta contraproducente<sup>15</sup>.

#### Eliminación

- Valorar la existencia de globo vesical si dolor e inquietud.
  - En este caso valorar sondaje vesical<sup>17</sup>.
- En caso de estreñimiento valorar si genera malestar.
  - En este caso administrar supositorio de glicerina<sup>15,17</sup>.

#### Movilización

- Colchón antiescaras, protección prominencias óseas<sup>13</sup>.
- Cambios posturales enfocados a buscar el confort del paciente<sup>11</sup>.

#### Cuidados de la piel

- Higiene con jabón de PH neutro e hidratación con crema corporal mediante masajes sin incidir en las prominencias óseas<sup>3,11,13</sup>.
- En caso de úlceras; curas paliativas (dolor, olor, exudado)
  - Anestésicos tópicos, metronidazol, apósitos carbón activo<sup>11</sup>.

### **ANEXO III: VÍA SUBCUTÁNEA**

La vía de elección para tratar los síntomas en cuidados paliativos es la vía oral. Cuando esta no pueda utilizarse o bien resulte inefectiva, la vía subcutánea es una buena alternativa frente a otras vías como la intramuscular o la intravenosa debido a su efectividad, comodidad, sencillez de manejo, escasas complicaciones y bajo coste<sup>10</sup> (Tabla 5).

Esta técnica consiste en administrar la medicación o realizar la hidratación a través de una pequeña aguja o catéter insertados en la hipodermis o tejido subcutáneo, que es la capa más profunda de la piel que tiene pocos receptores para el dolor, una gran capacidad de distensión y está muy irrigada por vasos capilares<sup>10</sup>.

Las zonas de punción habituales son las utilizadas para la administración de insulina: región escapular, anterior del tórax (zona infraclavicular), parte anterior y externa de brazos, cuadrantes superiores de abdomen o parte anterior de muslos.

La palomilla, se utilizará tanto para la administración de medicación en bolos como en perfusión continua. El arsenal de fármacos utilizados por vía subcutánea en cuidados paliativos es amplio (morfina, oxicodona, tramadol, petidina, butilescopolamina, calcitonina, metilnaltrexona, octreótida), siendo los hidrosolubles los que ofrecen una mayor garantía ya que tienen bajo poder irritante y menor riesgo de acumulación<sup>10,17</sup>.

**Tabla 5: Vía subcutánea; ventajas y desventajas<sup>10</sup>**

<b>VENTAJAS</b>	<b>DESVENTAJAS</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Sencilla y segura</li><li>✓ Pocas complicaciones.</li><li>✓ Cómoda y poco agresiva.</li><li>✓ Bajo coste.</li><li>✓ No requiere hospitalización.</li><li>✓ Permite mezclas de fármacos.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>× Desinserción o desconexión accidental.</li><li>× Problemas locales en el punto de inserción.</li><li>× Arsenal farmacológico reducido.</li><li>× Reacción adversa al material o a la medicación.</li><li>× Precipitación o incompatibilidad de las mezclas.</li></ul>

**ANEXO IV: FÁRMACOS Y DOSIS PARA EL CONTROL DE SÍNTOMAS**

16,18,19

<b>SÍNTOMA</b>	<b>FÁRMACO</b>	<b>DOSIS</b>
<b>DOLOR</b>	Cloruro Mórfico	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bolo de 2,5-5 mg diluido en suero fisiológico cada 4 horas.</li><li>• Perfusión continua de 10-50 mg a pasar en 24 horas (diluido en suero fisiológico).</li></ul>
<b>DISNEA</b>	Cloruro Mórfico	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bolo de 2,5-5 mg diluido en suero fisiológico cada 4 horas.</li><li>• Perfusión continua de 10-50 mg a pasar en 24 horas (diluido suero fisiológico).</li></ul>
<b>ESTERTORES</b>	Buscapina	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bolo de 10-20 mg cada 6-8 horas.</li></ul>
<b>AGITACIÓN</b>	Haloperidol  Midazolam	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bolo de 2,5-5 mg cada 8-12 horas.</li><li>• Perfusión continua de 5-20 mg a pasar en 24 horas (diluido de suero fisiológico).</li><li>• Bolo de 2,5-5 mg repitiendo la dosis cada 5-10 minutos hasta que ceda la crisis</li><li>• Perfusión continua de 20-100 mg en 24 horas (diluido en suero fisiológico).</li></ul>

## ANEXO V: ESCALA EVA

Para evaluar el dolor existen diversas herramientas y escalas, siendo la más utilizada la Escala Visual Analógica del dolor (EVA) por ser fácil de interpretar, tanto por el paciente como por el profesional y rápida de valorar<sup>17</sup>.

Esta escala analógica muestra el nivel subjetivo de intensidad de dolor que sufre un paciente a través de una numeración, como la que se muestra a continuación, siendo el 0 no tener nada de dolor y el 10 un dolor insoportable<sup>13</sup>.

