

Ministerio de Salud
Servicio de Salud Valparaíso San Antonio
Hospital Claudio Vicuña de San Antonio
DOA/XPD/DIB/dib



RESOLUCIÓN EXENTA N° 1885 *25.07.2022

SAN ANTONIO,

VISTOS: Las disposiciones contenidas en Ley 19.937 del 24 de Febrero 2004 del Ministerio de Salud; Decreto con Fuerza de Ley N°1, 2005, del Ministerio de Salud que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763 de 1979 ; D.S. N° 38 / 2005, que Aprueba el Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos Autogestionados en Red y en lo previsto en la Resolución Exenta N° 06 / 2019 de la Contraloría General de la República, la Resolución Exenta N° 3416 25-05-2006 y Resolución Exenta N° 4214 06-09-2021 del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio.

CONSIDERANDO:

Estandarizar manejo del dolor, síntomas adversos y sedación en pacientes en proceso de fin de vida.

RESUELVO:

APRUEBESE; "Proceso Fin de Vida" en su primera edición.

Notifíquese y difúndase



DANIEL OLIVARES ACUÑA
DIRECTOR(S)
HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA

DISTRIBUCIÓN:

Dirección
Unidad Control de Gestión y DO

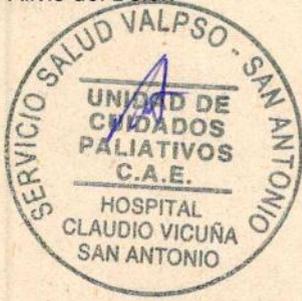
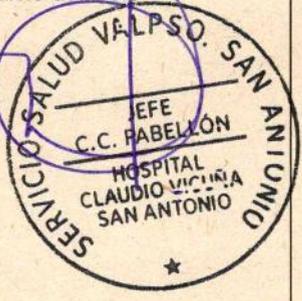
Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor
Gestión Oncológica

Sub Dirección Gestión Asistencial
Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente

Sub Dirección Gestión del Cuidado

Oficina de Partes

Proceso fin de vida

| Elaborado por: | Revisado y Autorizado por: | Aprobado por: |
|---|--|--|
| <p>Verónica Arriaza J. Enfermera Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor.</p>  <p>Fecha: Julio 2022</p> | <p>Carmen Molina E. Profesional Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente</p> <p><i>Manuel Silva G.</i></p> <p>Manuel Silva G. Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente</p>  <p>Fecha: Julio 2022</p> | <p>Paula Maceiras Jefe (S) Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor</p>  <p>Fecha: Julio 2022</p> |

Índice:

| Ítem | Contenido | Página |
|-------------|---|---------------|
| 1. | Objetivos | 3 |
| 2. | Alcance | 3 |
| 3. | Documentos relacionados | 3 |
| 4. | Responsables | 3 |
| 5. | Definiciones | 4 |
| 6. | Desarrollo | 4 |
| 6.1 | Ingreso al programa | 4 |
| 6.2 | Cuidados básicos | 4 |
| 6.2.1 | Manejo del dolor | 5 |
| 6.3 | Síntomas adversos | 7 |
| 6.3.1 | Fatiga y cansancio | 7 |
| 6.3.2 | Anorexia | 8 |
| 6.3.3 | Vómitos y náuseas | 8 |
| 6.3.4 | Estreñimiento | 8 |
| 6.3.5 | Ansiedad y confusión | 9 |
| 6.3.6 | Comunicación | 9 |
| 6.3.7 | Necesidades espirituales | 10 |
| 6.4 | Sedación terminal: cuidados en fase de agonía | 10 |
| 7. | Criterio de calidad | 11 |
| 8. | Flujograma | 11 |
| 9. | Indicadores y umbral de cumplimiento | 11 |
| 10. | Distribución | 11 |
| 11. | Anexos | 12 |
| 12. | Formulario de control de cambios | 15 |

| | | |
|--|--|-------------------|
|  HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA SALVADOR | Hospital Claudio Vicuña Proceso fin de vida | Código: GD 70 |
| | | Edición: Primera |
| | | Página: 3 de 15 |
| | | Fecha: Julio 2022 |

1- Objetivo

Estandarizar manejo del dolor, síntomas adversos y sedación en pacientes en proceso de fin de vida.

2- Alcance

Unidad de Alivio del dolor y cuidados paliativos.

3- Documentos relacionados

- Protocolo Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos.
- Servicio de Cuidados Paliativos, Instituto Nacional de Cancerología (2013). El periodo de la agonía. 09-06-2022, de ELSEVIER Sitio web: <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-el-periodo-agonia-X1665920113269854#:~:text=La%20agon%C3%ADa%20o%20fase%20pre,%C3%BAltimos%20d%C3%ADas%20de%20vida1.>
- MORAES, Mariana et al. Evaluación de dolor en niños hospitalizados en servicios de salud públicos y privados de Uruguay. *Arch. Pediatr. Urug.* [online]. 2016, vol.87, n.3, pp.198-209. ISSN 0004-0584.
- Rodríguez-Mayoral, Oscar, Reyes-Madrugal, Francisco, Allende-Pérez, Silvia, & Verástegui, Emma. (2018). Delirium in terminal cancer inpatients: short-term survival and missed diagnosis. *Salud mental*, 41(1), 25-29. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2018.005>
- Schmidt J., Montoya R., García-Caro M.P., Cruz F.. Dos procesos de fin de vida: Cuando la intervención de los profesionales marca la diferencia. *Index Enferm* [Internet]. 2008 Dic [citado 2022 Jun 23]; 17(4): 256-260. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000400007&lng=es.

4- Responsables

| Responsable | Actividad |
|---|------------------------------|
| Médico tratante | Indicación farmacológica |
| Enfermera Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos. | Administración farmacológica |
| TENS Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos. | Administración farmacológica |

| | | |
|--|-------------------------|-------------------|
|  HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA <small>SAN ANTONIO</small> | Hospital Claudio Vicuña | Código: GD 70 |
| | | Edición: Primera |
| | Proceso fin de vida | Página: 4 de 15 |
| | | Fecha: Julio 2022 |

5- Definiciones

Proceso fin de vida: es la fase terminal de una enfermedad, caracterizada por agotamiento total de la reserva fisiológica, que progresa en forma irreversible hacia la muerte.

Síntoma refractario: síntoma o molestia física que no puede ser adecuadamente controlado, pese a intensos esfuerzos para hallar un tratamiento tolerable, en un plazo de tiempo razonable, sin que comprometa la conciencia del paciente.

Sedación: administración de fármacos para disminuir o anular la percepción del paciente de síntomas refractarios o irritables.

6- Desarrollo

6.1 Ingreso al programa:

Paciente ingresa según Protocolo Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos.

Durante el proceso y para mantener en las mejores condiciones a paciente y brindar apoyo a sus cuidadores, se recomienda centrar el cuidado en:

1. Manejo de Cuidados Básicos
2. Manejo del Síntomas adversos:
 - a. Fatiga y cansancio
 - b. Anorexia
 - c. Vómitos y náuseas
 - d. Estreñimiento
 - e. Ansiedad y confusión
 - f. Necesidades espirituales
3. Manejo de Sedación terminal

6.2 Cuidados Básicos

Lo primero a considerar en un paciente ingresado al proceso de fin de vida, es que cada paciente es diferente, y su evolución puede dar un giro en 360°.

Dadas las características especiales de este periodo es necesario garantizar confort y bienestar del paciente. Para ello, es importante tener presente los síntomas de alarma de las patologías para poder actuar de manera oportuna.

6.2.1 Manejo del Dolor

El origen del dolor puede ser multifactorial como por ejemplo: la compresión de un órgano, daño nervioso o falta de irrigación. Asimismo, debe considerarse que en ocasiones el paciente prolonga su vida a consecuencia del dolor, ya que este libera sustancias vaso activas que incrementan la frecuencia cardiaca y respiratoria.

El dolor lo medimos según la escala visual análoga (EVA) para pacientes mayores de 5 años (Anexo 1) y escala FLACC para menores de 5 años.

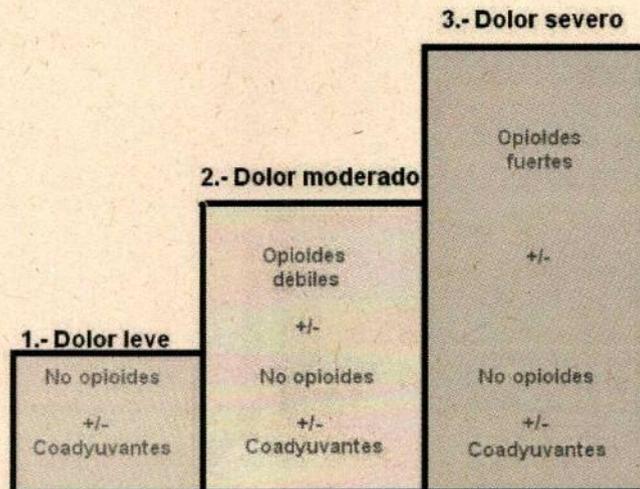
Para el alivio del dolor se utilizan medidas farmacológicas y no farmacológicas (como acomodar almohada y cobertores).

Debe considerarse que si el paciente está sedado o en estado de inconciencia, de igual forma puede sentir dolor.

Para evaluar el dolor en estos pacientes, podemos incluir las expresiones faciales en la frente, datos de tensión continua corporal, y lagrimeo. En este sentido es importante, **no confundir dolor con delirio terminal** (estado confusional agudo caracterizado por ser fluctuante, con inatención, pensamiento desorganizado y alteraciones de la conciencia.)

Para el manejo farmacológico, debe considerarse el ajuste de la vía de administración de la analgesia según la tolerancia del paciente.

Si el paciente tolera vía oral se inicia analgesia según escala del dolor:



Actualmente en nuestro arsenal farmacológico consta en la tabla 1:

| Fármaco | Tipo de fármaco | Presentacion | Dosis recomendada | Dosis maxima |
|--------------|-------------------------|--------------|--|--------------------|
| Tramadol | Analgésico opiáceo | Gotas | 50 a 100 mg cada 6 a 8 horas | 400 mg/día |
| | | Comprimidos | | |
| Morfina | Analgésico opiáceo | Jarabe | 15 a 30 mg cada 4 a 6 horas | 60 mg cada 4 horas |
| | | Ampolla | 2 a 10 mg cada 4 a 6 horas | |
| Buprenorfina | Analgésico opiáceo | Parche | 35 mcg cada 3 días o 2 días fijos semanales | 2 parches |
| Metadona | Analgésico opiáceo | Ampolla | 5 a 10 mg cada 12 a 24 horas | 150mg/día |
| Codeína | Analgésico opiáceo | Comprimido | 30 a 60 mg cada 4 a 6 horas | 240 mg/día |
| | | Jarabe | | |
| Paracetamol | Analgésico-antipirético | Comprimidos | 500 mg cada 4 a 6 horas | 6 gr |
| Dipirona | AINE | Comprimido | 300 a 600 mg cada 4 a 6 horas | 4 gr |
| | | Ampolla | | |
| Fentanilo | Analgésico opiáceo | Parche | 50 mcg/hr cada 3 días | 300 mcg/hr |
| Pregabalina | Anticonvulsivo | Comprimidos | 150 a 600 mg/día | 600 mg día |
| Betametasona | Corticoesteroide | Ampolla | Dosis ataque: 0.07 a 0.03 mg/kg/día Dosis mantencion: 0.03 mg/kg/día a titulacion | 8 mg/ día |

Tabla 1. Arsenal farmacológico en pacientes adultos

| | | |
|---|-------------------------|-------------------|
|  HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA SAN ANTONIO | Hospital Claudio Vicuña | Código: GD 70 |
| | Proceso fin de vida | Edición: Primera |
| | | Página: 7 de 15 |
| | | Fecha: Julio 2022 |

En caso de dolor refractario se ofrece al paciente y la familia manejo con sedación conciente.

El médico podrá iniciar una terapia no más allá de 7 días, para evaluar control del paciente. Se recomienda evaluación de enfermería y apoyo del equipo de APS.

Debe considerarse que la actuación oportuna, requiere cambios frecuentes en el tratamiento medicamentoso, por lo que la comunicación con los cuidadores del paciente es fundamental. Al producirse cambio de medicación, se deben retirar los fármacos que ya no sean necesarios y cambiar las vías de administración si corresponde (tabla 2).

| Vía de administración | Características |
|-----------------------|--|
| Subcutánea | Administración de fluido o medicamento en el tejido adiposo, para evitar multifunción del paciente, se deja instalado un teflón y con una tapa amarilla multifunción, y se sella con apósito adhesivo transparente para evaluación del sitio de punción. |
| Transdérmica | Los medicamentos se depositan en la piel del paciente. Permite una liberación continuada manteniendo los niveles plasmáticos constantes. Su formato de presentación es en parches adherentes, la indicación varía según cada parche. |
| Inhalatoria | Se deposita el fármaco en vías respiratorias a través de aerocámaras, o mascarillas de nebulización. |
| Rectal | Administración de medicamentos directamente en el recto. Por lo general su presentación es supositorios, pero existen infusiones en caso de impactación fecal. |
| Intravenosa | Administración de medicamentos o fluidos directamente en una vena a través de una aguja o catéter. |
| Intramuscular | Administración de medicamentos en el musculo a través de una aguja. |

Tabla 2. Vías de administración de medicamentos

6.3 Síntomas adversos

6.3.1 Fatiga y cansancio

Con la evolución de la enfermedad el cansancio y la fatiga van en aumento hasta el punto que el paciente pierde la conciencia. Estos síntomas son de difícil prevención, por ello es importante otorgar un descanso adecuado para el paciente.

La energía disponible alcanza solo para realizar las funciones básicas, como la respiración, movimientos intestinales, entre otros.

Se debe limitar la cantidad de visitas.

El paciente puede estar con ojos cerrados, y parecer que duerme, pero aún se encuentra presente su sentido de audición, por lo tanto es importante evitar comentarios innecesarios.

Se recomienda evitar exigir actividades innecesarias.

Muchas de las actividades que realiza el paciente surgen como necesidades de la familia y generalmente son actividades que el paciente no quiere realizar, y las realiza de forma obligada. Es importante tener presente la voluntad del paciente.

6.3.2 Anorexia

Las últimas semanas de vida por lo general los pacientes no tienen hambre debido a que el metabolismo se enlentece, además al estar en cama el tránsito intestinal disminuye ocasionando una sensación de plenitud.

En muchas ocasiones la familia presiona para que el paciente se alimente, pero es importante obedecer a la voluntad del paciente de no comer, sin interpretar esto como descuido por parte de la familia.

Al aumentar la debilidad, resulta más difícil el proceso de ingerir alimentos.

Siempre es importante reforzar la higiene oral, aunque el paciente no este ingiriendo alimentos, ya que las células muertas pueden generar infecciones y dolor.

Humedecer constantemente los labios y boca del paciente para aliviar la sensación de sed.

Si el paciente se encuentra deshidratado se recomienda infusión de suero glucosalino o fisiológico en un flujo de 1 a 1.5 mL x kilo x hora.

6.3.3 Vómitos y náuseas

Si el paciente se encuentra sin comer, sin energía, con baja de peso y además a ello se suman las náuseas y vómitos, genera una mayor preocupación por parte de la familia y un mayor malestar en el paciente.

Para el manejo medicamentoso se recomienda:

- El uso de dexametasona 8 mg endovenoso en bolo para alivio de los síntomas, si el paciente tiene antecedentes de diabetes se recomienda ondansetron 4 mg endovenoso diluido en 100 cc de suero fisiológico lento.

- Para mantención se recomienda el uso de metoclopramida 10 mg o domperidona 10 mg endovenosa en bolo por día.

- Si el paciente se encuentra deshidratado se recomienda infusión de suero glucosalino o fisiológico en un flujo de 1 a 1.5 ml x kilo x hora.

- Si en paciente se encuentra con singulto por más tiempo de lo habitual, se recomienda el uso de clorpromozina 25 mg intramuscular.

6.3.4 Estreñimiento

Un factor importante a considerar es cuando el paciente ya no se levanta de la cama, porque esto genera un metabolismo más lento, y favorece el estreñimiento.

Cuando el paciente inicia el uso de morfina o sus derivados, se debe iniciar conjuntamente con un laxante (lactulosa en jarabe o picosulfato de sodio en gotas) ya que estos medicamentos producen estreñimiento (por disminución de la motilidad intestinal).

Estos se inician con una dosis mínima y se aumenta según necesidad de cada paciente (Tabla 3)

| Dosis/medicamento | Lactulosa | Picosulfato de sodio |
|-------------------|----------------------|----------------------|
| Inicio | 15 ml | 5 gotas |
| Máximo | 15 ml 3 veces al día | 30 gotas al día |

Tabla 3. Dosis medicamentos manejo estreñimiento

En estos casos, además no es recomendable aumentar el consumo de fibra, ya que si aumentamos la fibra generaremos más sobrecarga y por ello más dolor y malestar en el paciente.

Cuando han transcurrido un par de días y el paciente no ha presentado deposiciones, se recomienda el uso de fleet enema si es que el paciente lo tolera, si no es el caso se educa a la familia sobre el procedimiento de extracción manual de deposiciones.

Si transcurren 4 o más días y aún el paciente no ha presentado deposiciones, y se encuentra con malestar, se recomienda acudir al servicio de urgencia para evaluar posibles complicaciones.

6.3.5 Ansiedad y confusión

Ocurre en una gran cantidad de pacientes durante sus últimos días de vida.

En ocasiones requieren uso de medicamentos, como por ejemplo quetiapina en dosis inicial 25 mg por noche.

Se recomienda evitar cualquier estímulo sea olfatorio, visual o auditivo, ya que estos pueden excitar el sistema nervioso central produciendo alucinaciones, agitación, delirio y convulsiones.

Se recomienda que si las alucinaciones no alteran al paciente, pero generan angustia en la familia, se podría inducir el sueño durante la noche, pero si son alucinaciones que producen miedo y angustia al paciente, se recomienda comenzar con sedación terminal según punto 6.4.

6.3.6 Comunicación

Después de un descanso es más fácil conversar con el paciente, en ese momento se deben abarcar asuntos prioritarios como las despedidas y la voluntad del paciente.

| | | |
|---|-------------------------|-------------------|
|  | Hospital Claudio Vicuña | Código: GD 70 |
| | | Edición: Primera |
| | Proceso fin de vida | Página: 10 de 15 |
| | | Fecha: Julio 2022 |

Si el paciente se encuentra inconsciente: se recomienda música suave o lectura en voz baja, ya que el paciente aún escucha, por ello pueden también hablarle sus familiares mientras realizan masajes para mantener el contacto físico.

No generar mucha conglomeración en la habitación, se recomiendan visitas cortas de 2 a 3 personas.

Turnarse para estar con el paciente, sentirse acompañado le genera tranquilidad.

6.3.7 Necesidades espirituales

Se dispone de atención psicológica para el paciente y sus cuidadores.

Adicionalmente, la formación del equipo de alivio del dolor en aspectos relacionados a la transmisión asertiva y compasiva de la información es fundamental.

Las necesidades espirituales de los pacientes y sus cuidadores son múltiples, y pueden variar caso a caso, por sus preferencias religiosas, pero se podrían resumir en necesidad de:

- Esperanza, de un sentido de la vida y la muerte.
- Ser reconocido como persona.
- Libertad de expresión
- Releer su vida
- Reconciliarse
- Relación de amor
- Una continuidad
- Encontrar sentido a la existencia
- Auténtica esperanza
- Cerrar un ciclo vital con dignidad
- Decir adiós y que le permitan partir.

El rol del personal de salud, será fundamentalmente el de escucha, apoyo y guía tanto al paciente como a sus cuidadores, respetando en todo momento las diferencias ideológicas, religiosas, etc., de la familia y el paciente.

6.4 Sedación terminal: Cuidados en fase de agonía

El objetivo primordial es evitar el sufrimiento del paciente y la familia. Se induce un sueño muy parecido al fisiológico denominado "sedación consciente", en el cual el paciente puede cambiar de posición, despertar en caso de tener sed, escuchar y cooperar en su cuidado.

Ha de determinarse si se requiere sedación continua (todo el día) o intermitente, por ejemplo solo en las tardes o noches, para ello ha de ponderarse el beneficio que es el alivio del sufrimiento y el riesgo de privación de la conciencia.

Para iniciar la sedación terminal es necesario se firme un consentimiento informado (anexo 3). Cuando el paciente no está orientado, se recomienda que un familiar firme el consentimiento.

Para lograr la sedación consciente se recomienda el uso de la siguiente infusión:

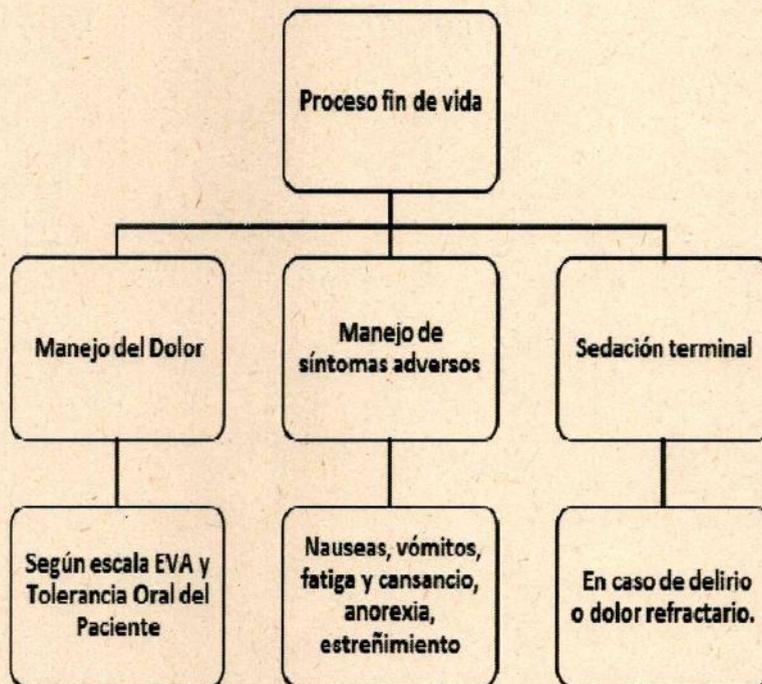
| | | |
|--|-------------------------|-------------------|
|  HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA SALVADOR | Hospital Claudio Vicuña | Código: GD 70 |
| | Proceso fin de vida | Edición: Primera |
| | | Página: 11 de 15 |
| | | Fecha: Julio 2022 |

- Suero fisiológico 250 cc + 1 ampolla morfina 20 mg + droperidol 5 mg + midazolam 5 mg a 10 ml/hr en 24 horas.
- En caso de deshidratación se recomienda infusión de suero glucosalino o fisiológico en un flujo de 1 a 1.5 ml x kilo x hora.

7- Criterios de calidad: N/A

8- Flujograma

8.1 Flujograma proceso fin de vida



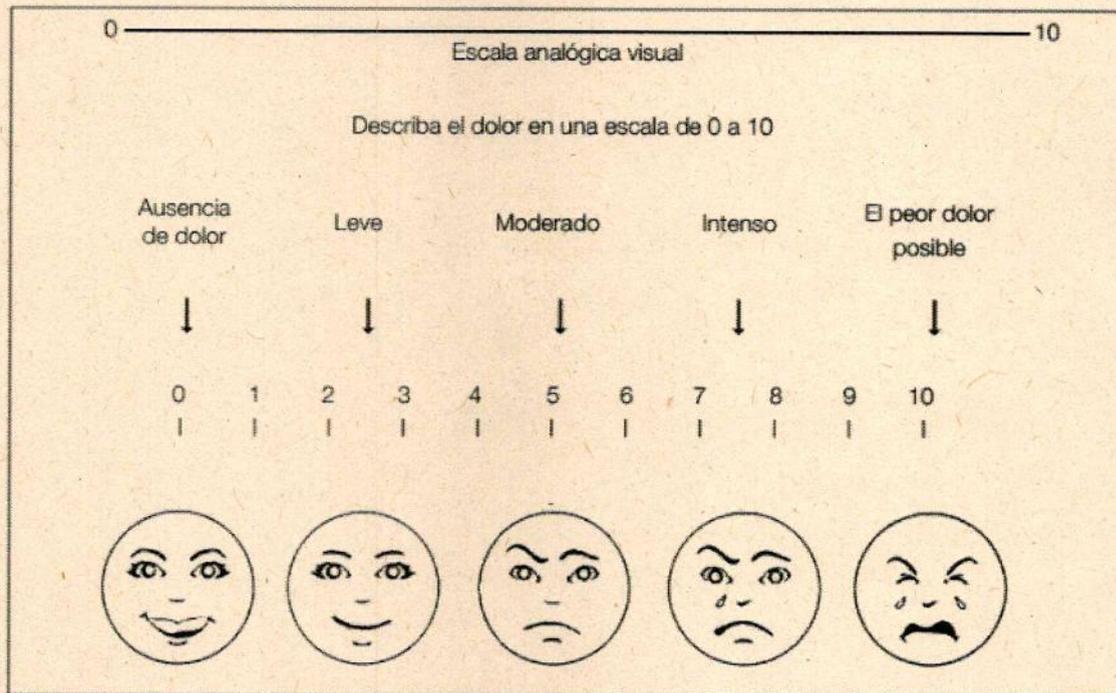
9- Indicadores y umbral de cumplimiento: N/A

10- Distribución

- Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente
- Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos

11-Anexos

Anexo 1. Escala visual análoga (EVA)



INTERPRETACIÓN:

Dolor leve: 1-3

Dolor moderado: 4-6

Dolor Severo: 7-10.



Anexo 2. Escala FLACC

| Categoría | Puntaje 0 | Puntaje 1 | Puntaje 2 |
|--------------------------|--|---|--|
| Expresión facial (Face) | Ninguna expresión especial o sonrisa | Ocasionalmente muecas o ceño fruncido; retraído, desinteresado | Frecuente o constante temblor del mentón. Mandíbula encajada |
| Piernas (Legs) | Posición normal, relajadas | Inquietas, rígidas, tensas | Pataleo o piernas alzadas |
| Actividad (Activity) | Tranquilo, posición normal, movimiento fácil | Retorcido, giros de acá para allá, tenso | Anqueado, rígido con sacudidas |
| Llanto (Cry) | No llora (despierto o dormido) | Gemido o lloriqueo quejido ocasional | Llanto continuo |
| Consuelo (Consolability) | Contento, relajado (dormido o despierto) | Tranquilo por caricias o abrazos ocasionales, o al hablarle para distraerlo | Dificultad para controlarlo o confortarlo |

Puntuación:
1-3: leve
4-6: moderado
7-10: severo

| | | |
|--|--|-------------------|
|  HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA <small>1966 RECIBIDO</small> | Hospital Claudio Vicuña Proceso fin de vida | Código: GD 70 |
| | | Edición: Primera |
| | | Página: 14 de 15 |
| | | Fecha: Julio 2022 |

Anexo 3. Consentimiento sedación consciente



Consentimiento Informado



1. Datos personales del paciente

Nombre y dos apellidos: _____
 Fecha: _____ Servicio Clínico: _____

Por intermedio de este documento declaro que he sido informado(a) de la **Intervención** o **Procedimiento** a **Realizar** que consiste en:

Certifico que he sido informado(a) detalladamente, en lenguaje comprensible sobre los objetivos del procedimiento, sus características, sus potenciales riesgos y complicaciones; que he comprendido correctamente, y las dudas e inquietudes fueron resueltas adecuadamente, por lo cual, en plena posesión de mis facultades intelectuales,

ACEPTO

RECHAZO

A que se me practique la intervención o procedimiento en el entendido de que en cualquier momento puedo revocar mi decisión.

Firma del Paciente: _____

2. En caso de menor de edad, discapacidad física y/o mental

Nombre y dos apellidos del representante legal, o en su defecto, persona bajo cuyo cuidado se encuentre _____

RUT: _____

Firma: _____

Nombre y apellido del Médico _____

Firma: _____

| | | |
|--|--|-------------------|
|  HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA <small>SIN FINES DE GANANCIA</small> | Hospital Claudio Vicuña Proceso fin de vida | Código: GD 70 |
| | | Edición: Primera |
| | | Página: 15 de 15 |
| | | Fecha: Julio 2022 |

12-Formulario de control de cambios

| Número de edición | Cambios | Fecha | Firma |
|-------------------|---------|-------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |