

AGONIA Y SEDACIÓN EN ATENCION PRIMARIA

OLIVER TOSTE-BELLO DORTA R₃ MFyC
TUTORIZADO POR ELENA HERRERO Médico UHD Y
M^a JOSE MONEDERO, Médico del CS RAFALAFENA
Febrero 2017

AGONÍA

- *“Situación de los últimos días”.*
- *“Estado que precede a la muerte y en el que la vida se extingue de forma gradual”.*
- Suele existir un deterioro importante del estado general, con agravamiento de los síntomas y dependencia prácticamente absoluta del paciente para todos los cuidados.

- Nuestro objetivo es potenciar el bienestar del paciente.
- Los síntomas más frecuentes en la agonía son:
 - Astenia
 - Anorexia
 - Boca seca
 - Dolor
 - Disnea
 - Inquietud
 - Agitación.

Medidas Generales:

- Buena relación de Medicina/Enfermería con Paciente/Familiares
- Suspender:
 - Intervenciones inapropiadas
 - Tratamientos que no sean imprescindibles
- Adecuar la medicación a la vía subcutánea (sc) cuando la vía oral ya no sea posible.
- Dejar instrucciones claras y por escrito sobre el tratamiento, indicando pautas fijas y otras condicionadas a la evolución (“rescates”).

- Apoyar a la familia anticipando los síntomas.
- Enseñarles el manejo del paciente encamado: aseo, cambios posturales, etc.
- Aumentar el número y la duración de las visitas por parte de los profesionales.
- Informar de los trámites a seguir cuando se produzca el fallecimiento.
- Dejar constancia en la historia clínica de todas las medidas tomadas. **NO RCP**

SER MENOS TÉCNICO Y MÁS HUMANO

CUIDADOS DE LA PIEL:

- Piel limpia, hidratada y seca.
 - Si el aseo provoca dolor se puede administrar medicación previo a su realización.
- El encamamiento puede provocar UPP:
 - Almohadillado de las zonas de riesgo y cambios posturales.
 - Si ya existen debemos realizar curas no muy agresivas.
 - Tratar SIEMPRE el dolor con la analgesia necesaria.
 - Si mal olor:
 - Apósitos de carbón activado
 - Metronidazol al 2%

CUIDADOS DE LA BOCA:

- Se debe mantener la boca limpia y húmeda.
- Enjuagues con soluciones desbridantes:
 - Bicarbonato o SF $3/4$ + Agua oxigenada $1/4$
 - Si imposibilidad → cepillo suave o gasa
- Evitar alcohol y clorhexidina.

- Retirar prótesis móviles.
- Se puede aumentar la salivación mediante piña natural, caramelos ácidos, cubitos de hielo, etc.
- Vaselina para los labios.

- En la fase final humedecer labios con gasas.

DOLOR:

- La mayoría de pacientes terminales están en tto con opioides potentes vía oral o transdérmica.
- Mantener analgesia y pasar a sc a medida que aparece disfagia.
- Añadir laxante y antiemético (valorar casos)
- Supresión brusca → S^o de Abstinencia
- Si aumenta el dolor: aumentar la dosis de opioides un 30-50%

DISNEA:

- Gran discomfort
- Etiología multifactorial → tratamiento difícil
- Tratamiento:
 - Oxígeno. ¿Efecto placebo?
 - Morfina: disminuye la FR, no altera la función ventilatoria.

ESTERTORES:

- *“Ruido que produce el paso de aire a través de las mucosidades acumuladas en las vías respiratorias”*
- Produce gran ansiedad a familiares.
- Explicar causa e insistir en que **NO ES SINONIMO DE AHOGO.**
- Tratamiento:
 - Decúbito lateral, extracción manual de secreciones, NO ASPIRAR.
 - Butilescopolamina (buscapina) 20 mg/4-6 h sc.

DELIRIUM

- *“Alteración del nivel de conciencia, alucinaciones, desorientación y agitación.”*
- Puede aparecer en el 85% de los casos.
- Causas:
 - Fármacos: opioides, psicofármacos, corticoides.
 - Alteraciones metabólicas e hidroelectrolíticas
 - Síndrome paraneoplásico
 - Retención urinaria y/o impactación fecal
 - Dolor mal controlado
 - Tumor o metástasis cerebrales

Tratamiento:

- Medidas generales:
 - Acompañar al paciente
 - Ambiente tranquilo
 - Iluminación adecuada
 - Toxicidad debida a opioides: hidratar, rotación y disminución de dosis.
- **Haloperidol:** 2.5-5 mg / 8-12 h vo o sc o im
infusion de 5-20 mg / 24 horas
(2.5 mg vo o sc cada 30 mints x 3)

FIEBRE:

- Síntoma muy frecuente
- Causas:
 - Destrucción tisular
 - Deshidratación
 - Proceso tumoral
 - Infecciosa
- Tratamiento:
 - Paracetamol 0,5-1g 6-8 horas vo o rectal
 - Ketorolaco 30 mg/8 horas sc
 - Valorar tratamiento AB
 - Medidas generales

ALIMENTACION E HIDRATACIÓN

- **Alimentación:**

- Disfagia → debilidad, somnolencia, inapetencia.
- Consecuencia y NO CAUSA de la enfermedad.
- No instaurar nutrición artificial o retirarla.
- SNG → molesta y alarga agonía.

- **Hidratación:**

- No existen recomendaciones claras.
- A favor:
 - Evitar deshidratación y toxicidad opioide.
- En contra
 - Empeora edemas y estertores y prolonga agonía.



LA VIA SUBCUTANEA

- Alternativa ideal si imposibilidad por vía oral.
- Fácil manejo
 - Personal sanitario
 - Familiares
- Cómoda para el paciente.
- Puede administrar la mayoría de fármacos necesarios en los últimos días.
- 1500 ml/24 h

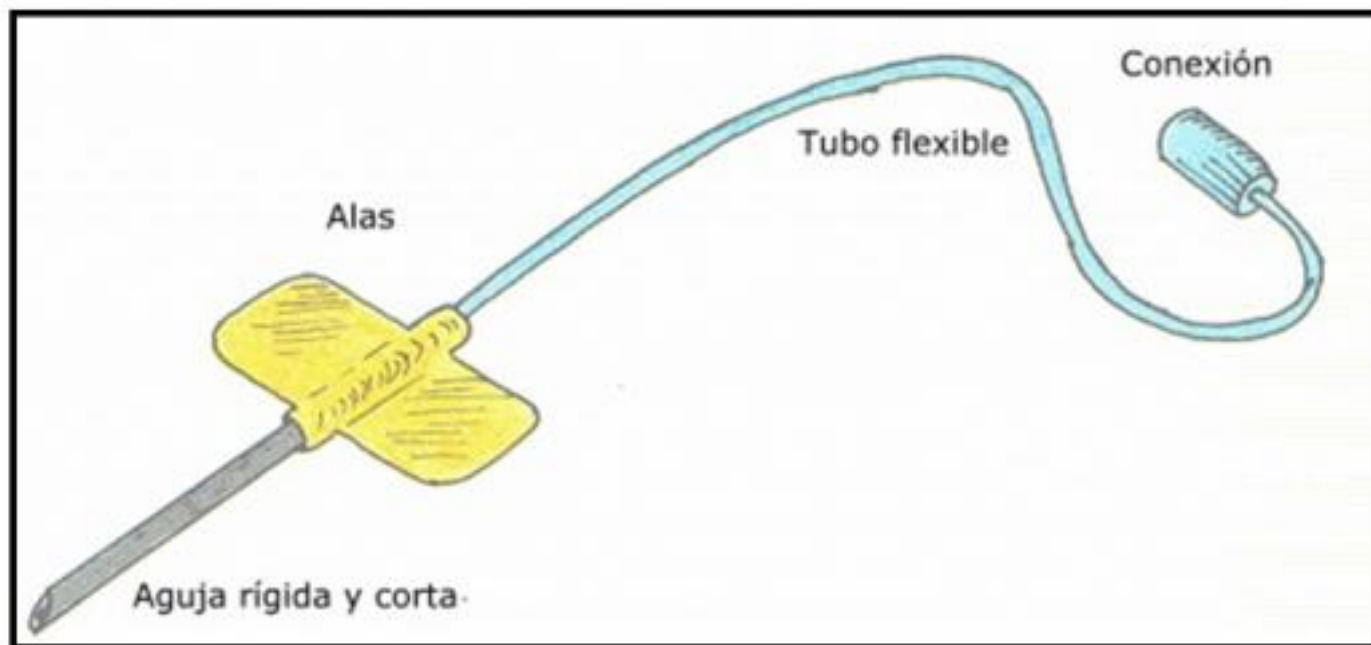


Figura 1. Palomilla subcutánea (Botella Dorta C. Administración parenteral de medicamentos: la vía subcutánea. En: Técnicas en Atención Primaria. Fisterra. 2004; 1-4).

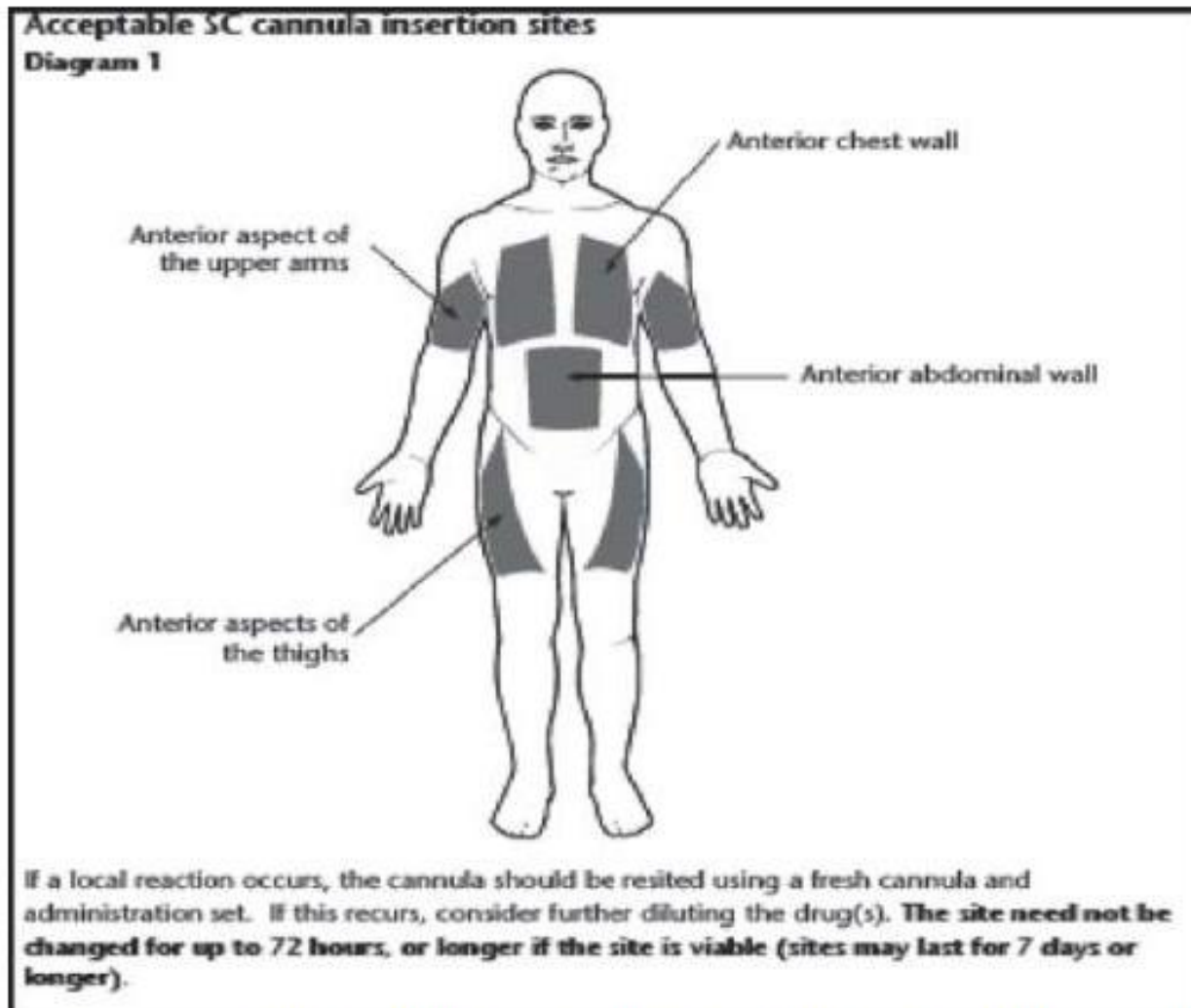


Figura 2. Zonas de punción (NHS Greater Glasgow, Acute Services Division, Palliative Care Practice Development Team. Guidelines for the use of Subcutaneous Medications in Palliative Care. Review March 2009).

SEDACIÓN PALIATIVA

Niveles ideales de sedación:

ESCALA DE SEDACIÓN DE RAMSAY	
Ansioso, agitado o intranquilo	1
Cooperador, orientado y tranquilo	2
Respuesta solo a órdenes verbales	3
Dormido. Pero con respuesta e estímulo auditivo leve	4
Dormido. Solo hay respuesta a estímulo intenso táctil	5
No hay respuesta	6

Ramsay M, Savege T, Simpson BR, Goodwin R: Controlled sedation with alphaxolone-alphadolone. BMJ 1974;2 (920):656-659.



*“Administración deliberada de fármacos en las dosis y combinaciones requeridas para disminuir de manera previsiblemente irreversible la consciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal tanto como sea necesario para **aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios***”.*

“Administración deliberada de fármacos en las dosis y combinaciones requeridas para disminuir de manera previsiblemente irreversible la consciencia de un paciente con enfermedad terminal, cuando sea necesario como medida paliativa ante un sufrimiento intenso y cuando no exista alternativa razonable de tratamiento que permita aliviar el sufrimiento de manera suficiente.”

*Síntomas refractarios, aquellos que no responden a un tratamiento correcto sin comprometer el estado de consciencia:

Delirium, disnea, náuseas, vómitos, obstrucción intestinal, dolor, sufrimiento psicológico intenso...

SEDACIÓN o EUTANASIA

- Existe una **clara y relevante diferencia** entre sedación paliativa y eutanasia si se observa desde la Ética y la Deontología Médica.
- Intencionalidad
- Procedimiento
- Resultado

- En la **sedación** se busca disminuir el nivel de conciencia, con la dosis mínima necesaria de fármacos, para evitar que el paciente perciba el síntoma refractario.
- En la **eutanasia** se busca deliberadamente la muerte anticipada tras la administración de fármacos a dosis letales, para terminar con el sufrimiento del paciente.

	SEDACIÓN	EUTANASIA
INTENCIONALIDAD	Aliviar el sufrimiento refractario	Provocar la muerte para liberar el sufrimiento
PROCESO	Prescripción de fármacos ajustados a la respuesta del paciente	Prescripción de fármacos a dosis letales que garanticen una muerte rápida
RESULTADO	Alivio del sufrimiento	Muerte

Tabla tomada de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos

TERMINOLOGÍA

- Muerte digna:
 - Aquella que se produce con todos los alivios médicos adecuados y los consuelos humanos posibles.
- Suicidio Asistido:
 - Aquel en el que se le proporciona a una persona, de forma intencionada y con conocimiento, los medios necesarios para suicidarse (dosis, vía de administración...)
 - Es el paciente, el que voluntariamente termina con su vida.

TERMINOLOGÍA

- Muerte digna:
 - Aquella que se produce con todos los alivios médicos adecuados y los consuelos humanos posibles.
- Suicidio Asistido:
 - Aquel en el que se le proporciona a una persona, de forma intencionada y con conocimiento, los medios necesarios para suicidarse (dosis, vía de administración...)
 - Es el paciente, el que voluntariamente termina con su vida.

- Eutanasia:

- El término eutanasia proviene del griego *eu* (que significa bien o fácil) y *thanatos* (muerte).
- Etimológicamente significa "buena muerte".
- Existe bastante consenso para considerar como eutanasia las actuaciones que producen **directa e intencionadamente** la muerte de los pacientes y que se realizan en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad incurable que no ha podido ser mitigado por otros medios.

- Una sedación ética y legalmente lícita debe cumplir:
 - Presencia de síntomas refractarios.
 - Dejar constancia en la H^a etiología, tratamientos instaurados etc.
 - Consentimiento informado:
 - Específico y explícito.
 - Paciente y/o representante.
 - Verbal.
 - Intencionalidad:
 - Alivio del sufrimiento, no acortar la vida.

I. DISPOSICIONES GENERALES

1. PRESIDENCIA Y CONSELLERIAS DE LA GENERALITAT VALENCIANA

Conselleria de Sanidad

DECRETO 168/2004, de 10 de septiembre, del Consell de la Generalitat, por el que se regula el Documento de Voluntades Anticipadas y se crea el Registro Centralizado de Voluntades Anticipadas de la Comunidad Valenciana. [2004/9560]

“Teniendo en cuenta que para mi proyecto vital es muy importante la calidad de vida, es mi deseo que mi vida no se prolongue, por si misma, cuando la situación es ya irreversible”

“No sean aplicadas o bien que se retiren si ya han empezado a aplicarse medidas de soporte vital o cualquier otra que intenten prolongar mi supervivencia.”

“Se me preste una asistencia necesaria para proporcionarme un digno final de mi vida, con el máximo alivio del dolor, siempre y cuando no resulten contrarias a la buena práctica clínica.”

FÁRMACOS

- **MIDAZOLAM**
- **LEVOMEPRUMAZINA**
- **CLORURO MORFICO**
- **HALOPERIDOL**
- **BUTILESCOPOLAMINA**

*No disponibles en AP de forma general.

Midazolam

- Elección en ausencia de delirium.
- Benzodiacepina, ansiolítico, anticonvulsivante, relajante muscular y sinergia opioide.
- Inicio de acción a los:
 - 2-3 mints via ev
 - 5-10 mints via sc
- Vida media plasmática 2-5 horas

- **Presentación:** ampolla 15 mg/3 ml
(diluir ampolla en 7 ml SF. 1ml=1.5 mg)
- **Inducción:** bolos de 1.5 a 3 mg
- **Mantenimiento**
 - Bolos: 5-7.5 mg/4 horas
 - Infusión: iniciar con 1 mg hora. Proteger de la luz.

Dosis máxima 200 mg/24 horas

Antídoto: Flumazenilo

Levomepromazina

- Elección si delirium (o si falla midazolam)
- Neuroléptico, analgésico, antipsicótico, antiemético y sedante.
- Vida media plasmática 15-30 h.
- Evitar combinar con haloperidol y metoclopramida.

- Presentación: ampolla 25 mg/ml
- Inducción: 12,5-25 mg sc
- Mantenimiento:
 - Bolo: 26 mg/6h sc
 - Infusión: 0.5-0.8 mg/h. 100 mg/24 h

Dosis máxima: 300 mg/día

Cloruro Mórfico

- Opioide → actúa frente al dolor y disnea.
- Actúa sinérgicamente con Midazolam.
- No tiene techo.

- Presentación más frecuente: amp 10 mg/ml

- Dosis de inicio (si no uso de opioides previo)
 - Bolo: 5-10 mg / 4 horas
 - Infusión: 1-10 mg / hora

- Rescates: 1/6-1/10 de la dosis diaria cada 15-30 mints.

- Si el paciente esta con opioide es necesario calcular las dosis equianalgésicas.

Opioide actual	Factor de conversión a morfina parenteral
Codeina oral	Dividir por 20
Tramadol oral	Dividir por 10
Morfina oral	Dividir por 2
Hidromorfona oral	Multiplicar por 3
Oxicodona oral	Sin cambios
Oxicodona parenteral	Sin cambios
Fentanilo transdérmico	Sin cambios

Butilescopolamina

- Anticolinérgico - antisecretor
- Indicado en estertores
- Presentación: ampollas 20mg/1ml
- Dosis: 20-40 mg/4-6h
- Infusión: 50% de la dosis necesitada previamente.
60mg / 24 h
- Dosis máxima 400 mg/24 horas

Haloperidol:

- Neuroleptico
- Recomendado en nauseas y delirium
- Presentación: ampolla 5mg /1ml
- Dosis
 - Bolo: 1-5 mg/8 horas
 - Infusión: 5-15 mg/24 h

Muchas Gracias



BIBLIOGRAFIA

- *Guia clínica de Agonía y Sedación. Fisterra. Fecha de última revisión diciembre 2012*
- *Aspectos éticos de la sedación de cuidados paliativos. Comité de ética de la SECPAL. Med Pal Vol 9. N° 1; 41-46; 2002*
- *Cuidados paliativos. Recomendaciones SEMFYC. Grupo de cuidados paliativos. SEMFYC, 1998*
- *Protocolo de sedación paliativa. Hospital Virgen Macarena. Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud. 2011*
- *http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/completa/documentos/anexos/Anexo6_Administracionfarmacos.pdf*
- *Medimecum 2016*