

NOVEDADES DESDE LA VERSIÓN ANTERIOR

No presenta novedades. Adaptación al nuevo formato

ÍNDICE

1. ¿Qué es la agonía?
2. ¿Qué es la sedación?
3. Tablas orientativas

1. QUÉ ES LA AGONÍA

La agonía, también llamada “situación de los últimos días” es el estado que precede a la muerte, constituye una etapa dura y delicada que requiere una atención especial. Suele abarcar los 2-3 últimos días de la vida aunque a veces este periodo puede ser más largo. Se caracteriza por un deterioro importante del estado general, agravamiento de los síntomas y dependencia absoluta del paciente para todos los cuidados. Los síntomas más frecuentes en la agonía son: astenia, anorexia, boca seca, dolor, disnea, inquietud y agitación. Según se acerca la muerte se añade encamamiento, disminución progresiva del nivel de conciencia, disfagia, dificultad para la administración oral de fármacos y la presencia de estertores.

1.1 Medidas generales

Explorar los temores del paciente y tranquilizarlo.

Conocer sus deseos, a ser posible con antelación y respetar su voluntad. En caso de incapacidad averiguar si existe un documento de instrucciones previas. Si no existe, iniciar un proceso de decisiones por representación.

Suspender intervenciones inapropiadas (analíticas, pruebas de imagen, etc.).

Suspender todos los tratamientos que no sean imprescindibles (antihipertensivos, anticoagulantes, laxantes, antidiabéticos, etc.).

Adecuar la medicación a la vía subcutánea (sc), de elección en domicilio, o intravenosa (iv).

Apoyar a la familia anticipando los síntomas y las situaciones a las que se van a enfrentar.

Dejar constancia en la historia clínica de todas las medidas tomadas. Especificar la no aplicación de medidas de reanimación en caso de parada cardiorrespiratoria.

1.2 Control de síntomas

a. Cuidados de la piel: La piel debe estar limpia e hidratada. Si el aseo provoca dolor, administraremos 5 mg de morfina y/o 5 mg de midazolam/sc, 15 minutos antes de su inicio. El encamamiento aumenta el riesgo de úlceras por presión, por lo que es preciso adoptar medidas de protección como el almohadillado de las zonas de riesgo y los cambios posturales. En caso de que ya existan debemos mantenerlas limpias evitando curas excesivamente minuciosas y molestas. Se debe tratar el dolor con analgésicos y controlar el mal olor con apósitos de carbón activado.

b. Cuidados de la boca: Se debe mantener la boca limpia y con la humedad adecuada. Para su limpieza, se utilizarán soluciones desbridantes (3/4 bicarbonato y 1/4 de agua oxigenada ó 3/4 de suero fisiológico y 1/4 de agua oxigenada). Si existe dificultad para realizar enjuagues, se aplicarán estas soluciones mediante un cepillo de dientes suave o un bastoncillo de algodón. Se desaconseja el uso de soluciones que contengan alcohol o clorhexidina ya que producen mayor sequedad.

c. Dolor: En esta fase, la mayoría de los pacientes en situación terminal están en tratamiento con opioides potentes por vía oral o transdérmica. Se debe mantener la analgesia y pasar a la vía sc o iv en dosis equivalentes (ver tabla final), a medida que aparece disfagia o bien mantener la vía transdérmica.

Si aumenta el dolor, incrementaremos la dosis de opioides en un 30-50%.

Si el dolor es un síntoma nuevo, utilizaremos: o Morfina de liberación rápida: 10-20 mg/4 horas/oral o Cloruro mórfico: 5-10 mg/4-6 horas/sc, iv o en infusión continua, 10-50 mg/24 horas.

Suele ser necesario pautar "dosis de rescate", es decir dosis extra para el tratamiento de posibles episodios de dolor incidental (crisis de dolor relacionado con una situación imprevisible o previsible, como la movilización), para ello utilizaremos morfina de liberación rápida oral o bien morfina sc.

La dosis de rescate será 1/6 de la dosis total de morfina que recibía el paciente en 24 horas. Si el paciente ha necesitado más de 4 dosis de rescate se incrementará la dosis total de morfina/día en un 50%, repartiéndola cada 4-6 horas.

d. Disnea:

Morfina: es el fármaco de elección. o Si el paciente ya la utilizaba se incrementará la dosis previa en un 30-50% o Si no la utilizaba, comenzaremos con una dosis de 2.5-5 mg/4-6 horas/sc, iv o su equivalente de morfina de liberación rápida oral.

La disnea se suele acompañar de ansiedad por lo que resulta conveniente añadir al tratamiento, benzodiacepinas.

Las más utilizadas son:

- o Alprazolam: 0.25-0.5 mg a demanda o cada 8 horas/oral.
- o Lorazepam: 0.5-2 mg a demanda o cada 4-12 horas/oral o sublingual (sl).
- o Diazepam: 5 mg a demanda o 5-20 mg/12-24 horas/oral o rectal.
- o Midazolam: 5 mg a demanda/ sc o iv o en infusión continua, 0,4-0,8 mg/h.

e. Estertores: Es el ruido que produce el paso del aire a través de las mucosidades acumuladas en las vías respiratorias ante la imposibilidad del paciente para expulsarlas. Provocan gran ansiedad a la familia, es necesario tranquilizarles y explicarles que su presencia no tiene por qué significar mayor sufrimiento para el paciente.

Mantener al paciente en posición de decúbito lateral, con la cabeza ligeramente inclinada hacia abajo para facilitar el drenaje de las secreciones.

Butilbromuro de hioscina (buscapina): 20 mg/6-8 h sc o iv o en perfusión de 60 mg/24 horas.

A menudo, debemos combinar este tratamiento con morfina o midazolam sc o iv para controlar la taquipnea y el desasosiego, que los estertores producen en algunos pacientes.

f. Agitación psicomotriz. Delirium:

Haloperidol: fármaco de elección. Dosis: 2.5-5 mg/8-12 horas/oral, sc o iv, o en infusión continua 5-20 mg/24 horas. En caso de necesidad puede iniciarse con 2.5 mg/sc o iv cada 30 minutos (máximo 3 veces).

Levomepromazina: neuroléptico de acción más sedante, indicado si no se consigue controlar el delirium con haloperidol. Dosis: 12.5-50 mg/8-12 horas/oral, sc o iv. En caso de necesidad puede iniciarse con 12.5 mg/sc o iv cada 30 minutos (máximo 3 veces).

Midazolam: benzodiacepina indicada al igual que el anterior fármaco, si fracasa el haloperidol en el tratamiento del delirium. Dosis: 2.5-5 mg/sc o iv, repitiendo la dosis hasta que ceda, seguido de una perfusión.

g. Alimentación e hidratación:

Existe consenso entre los autores sobre la conveniencia de no instaurar nutrición artificial en esta fase de la enfermedad o de suspender si estaba con ella.

La decisión de instaurar o no la hidratación debe ser individualizada y siempre con el objetivo de mejorar la sintomatología y no de mantener un tratamiento.

2. Qué es la sedación

La sedación paliativa es la disminución deliberada del nivel de conciencia del enfermo mediante la administración de los fármacos apropiados con el objetivo de evitar un sufrimiento intenso causado por uno o más síntomas refractarios. Puede ser continua o intermitente y su profundidad se gradúa buscando el nivel de sedación mínimo que logre el alivio sintomático. La sedación paliativa en la agonía es la sedación que se utiliza cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida para aliviar un sufrimiento intenso.

En esta situación la sedación es continua y tan profunda como sea necesario para aliviar dicho sufrimiento.

2.1 Indicaciones

La sedación se ha de considerar actualmente como un tratamiento adecuado para aquellos enfermos que son presa de sufrimientos intolerables y no han respondido a los tratamientos adecuados. Las indicaciones más frecuentes de sedación son las situaciones extremas de delirium hiperactivo, náuseas/vómitos, disnea, dolor, hemorragia masiva y ansiedad o pánico, siempre que no hayan respondido a los tratamientos indicados y aplicados correctamente durante un tiempo razonable.

2.2 Condiciones

Para que la sedación sea considerada ética y legalmente lícita debe reunir tres condiciones:

Presencia de un síntoma refractario.

La intención de la sedación debe ser el alivio del sufrimiento y no acortar la vida del paciente, por tanto, la reducción del nivel de conciencia debe ser proporcional al control del síntoma que se pretende tratar (dosis mínima eficaz).

Obtención del consentimiento informado que debe ser específico y explícito. Si el paciente es incapaz y no existe documento de instrucciones previas con indicaciones al respecto, el consentimiento se obtendrá de su representante. No es necesario el uso de un documento escrito, será suficiente el consentimiento verbal, pero es imprescindible que quede reflejado en la historia clínica.

2.3 Manejo farmacológico

Los fármacos utilizados en la sedación deben tener rapidez de acción, fácil titulación y aplicación, vida media corta, mínimos efectos secundarios y posibilidad de revertir sus efectos. La administración es por vía parenteral, intravenosa (IV) o subcutánea (SC). Independientemente de la vía que se utilice, existen dos modalidades de administración de la medicación, ambas eficaces: en forma de bolos intermitentes o mediante infusión continua.

Dosis de inducción: dosis inicial total con la que se llega al nivel de sedación adecuado. Se administra en bolos, que se repiten con la periodicidad necesaria hasta conseguir ese nivel de sedación.

Dosis de mantenimiento: dosis mínima suficiente que consigue aliviar el síntoma a tratar manteniendo al paciente confortable. Se realizarán los ajustes necesarios según se precise.

Dosis de rescate: dosis en bolo extra que se emplea en caso de crisis de agitación o reagudización del síntoma refractario que motivó la sedación. Suele ser la misma que la dosis de inducción. Los rescates se deben realizar con el mismo fármaco que la inducción.

Los medicamentos que habitualmente se utilizan en la sedación son: benzodiacepinas (midazolam), neurolépticos (levomepromazina), barbitúricos (fenobarbital) y agentes de inducción anestésica (propofol).

a. Midazolam: es el fármaco de elección en la sedación, en ausencia de delirium. Tiene una dosis techo aproximada de 150 a 200 mg diarios, a partir de la cual pueden producirse reacciones paradójicas. Existen formulaciones con diferentes concentraciones, por lo que se recomienda pautar siempre en mg y no en ml. Las presentaciones de uso más frecuente son las ampollas con 5 mg en 5 ml ó 15 mg en 3 ml. Su efecto puede ser revertido de forma prácticamente instantánea mediante fumazenilo (amp 0.1mg/ml, dosis 0.1-0.2 mg/iv a intervalos de 1 minuto hasta obtener la respuesta deseada, máximo 1 mg). Para la inducción se administran entre 1,5 y 3,5 mg en bolo lento, repitiendo la dosis cada 5 minutos hasta alcanzar el nivel de sedación mínimo con el que se logre el alivio del síntoma refractario. La suma de las dosis que han sido necesarias se denomina dosis de inducción. Dicha dosis de inducción, multiplicada por seis, será la dosis a administrar en infusión continua durante las siguientes 24 horas. Las dosis de rescate serán las mismas que la dosis de inducción y se añadirán tantas veces como sean precisas.

b. Levomepromazina (Sinogan®): es el fármaco de elección si el síntoma refractario a tratar es el delirium o si falla el midazolam en la sedación por otros síntomas. No debe mezclarse con haloperidol ni metoclopramida. Tiene una dosis techo de aproximadamente 300 mg diarios. La presentación es de ampollas de 25 mg en 1 ml. Se puede hacer una inducción en bolos a dosis de 12,5-25 mg para iniciar tratamiento con levomepromazina.

Una vez estabilizados: dosis de 100 mg/día en infusión continua (aunque en ocasiones el paciente puede estabilizarse con dosis menores). Se aplicarán rescates si mal control del síntoma :

- Vía subcutánea: 12,5 mg cada 30 minutos hasta control del síntoma refractario (máximo dos veces).

- Vía intravenosa: 6,25 mg cada 15 minutos hasta control del síntoma refractario (máximo dos veces).

c. Fenobarbital. d. Propofol.

3. Tablas orientativas

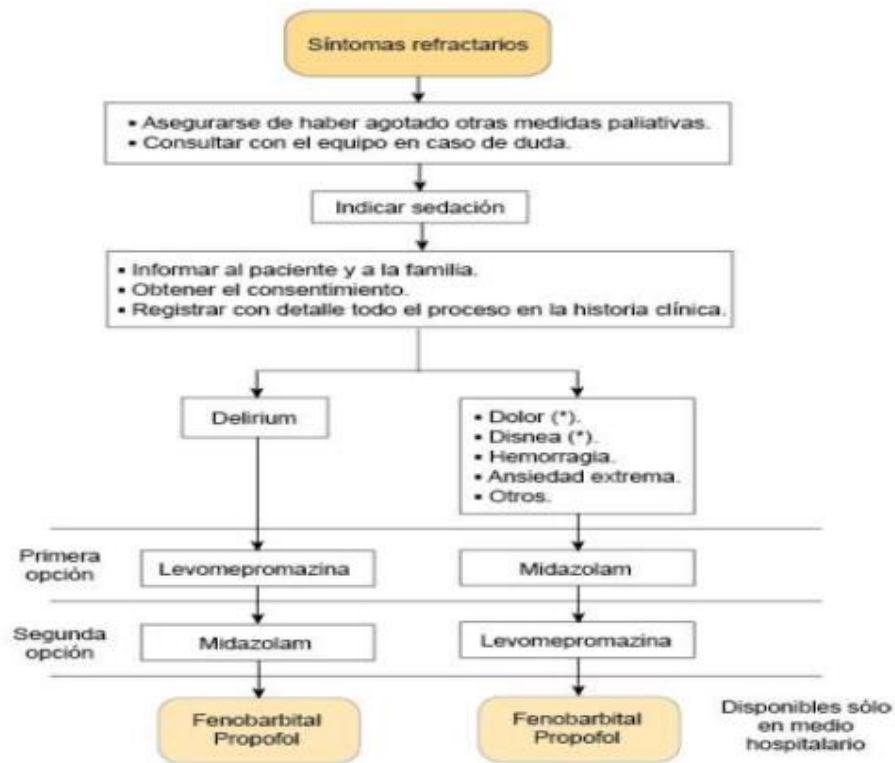


TABLA DE EQUIVALENCIA DE OPIOIDES

BUPRENORFINA PARCHE TRANSDÉRMICO	8,75 mcg/h (0,2 mg)	17,5 mcg/h (0,4 mg)	35 mcg/h (0,8 mg)	52,5 mcg/h (1,2 mg)	70 mcg/h (1,6 mg)	105 mcg/h (2,4 mg)	122,5 mcg/h (2,8mg)	140 mcg/h (3,2mg)	-	-			
FENTANILO PARCHE TRANSDÉRMICO		12,5 mcg/h	25 mcg/h	37,5 mcg/h	50 mcg/h	75 mcg/h		100 mcg/h					
TRAMADOL ORAL / cada 24 horas		150 mg	200 mg	300 mg	450 mg	600 mg	NO ADMINISTRAR DOSIS SUPERIORES						
TRAMADOL PARENTERAL / cada 24 horas			200 mg	300 mg	400 mg	NO ADMINISTRAR DOSIS SUPERIORES							
MORFINA ORAL / cada 24 horas	15 mg	30 mg	40 mg	60 mg	80 mg	90 mg	120 mg	160 mg	180 mg	210 mg	240 mg	270 mg	360 mg
MORFINA SUBCUTÁNEA / cada 24 horas		15 mg	30 mg	45 mg	60 mg		90 mg		120 mg		180 mg		
MORFINA INTRAVENOSA / cada 24 horas		10 mg	20 mg	30 mg	40 mg		60 mg	70 mg	80 mg	90 mg	120 mg		
BUPRENORFINA SUBLINGUAL / cada 24 horas			0,8 mg	1,2 mg	1,6 mg				3,2 mg	-	-		
OXICODONA ORAL / cada 24 horas		15 mg	20 mg	30 mg	40 mg	45 mg	60 mg	80 mg					
OXICODONA / NALOXONA ORAL / cada 24 horas			20/10 mg	40/20 mg	60/30 mg	80/40 mg							
HIDROMORFONA ORAL / cada 24 horas		4 mg	8 mg		16 mg		24 mg		32 mg		40 mg		
TAPENTADOL RETARD ORAL / cada 24 horas			100 mg	200 mg	300 mg	400 mg							

INDICADORES DE EVALUACION

Indicador	Fórmula	Fuente	Estándar
TODAS LAS PERSONAS ADULTAS CON NECESIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS DEBEN TENER REALIZADA LA IDENTIFICACIÓN, COMO MÍNIMO, MEDIANTE PREGUNTA CLAVE y CRITERIOS GENERALES	Nº de personas adultas con necesidades de cuidados paliativos identificadas mediante pregunta- clave y criterios generales / Nº de personas registradas mediante icono + al menos un código CIE.	Auditoria de historia clínica.	50%.
TODA PERSONA CON NECESIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS EN SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS DEBE ESTAR REGISTRADA EN LA HS	Nº de personas con necesidades de cuidados paliativos registradas mediante icono o al menos un código CIE, que tiene registrada la situación de últimos días en la HS / Nº personas registradas mediante icono y al menos un código CIE.	Auditoría de HS	70%

BIBLIOGRAFÍA

•

Autores	Dr. Alkourdi		
Fecha elaboración	Fecha 18/1/2023	Vigencia	18/1/2026