



Osakidetza
Servicio vasco de salud

Hospital
Donostia
Ospitalea

Protocolo

Sedación en paciente terminal

Hospital Donostia



26

**PAZIENTE TERMINALARI
LASAIGARRIAK EMATEKO
PROTOKOLOA**

2006ko ekaina

AURKIBIDEA

1. Sarrera	4
2. Jarduteko prozedura. (Kontuan hartu beharreko alderdi klinikoak)	4
2.1. Sintoma errefraktarioa duen gaixotasun terminala den erabakitzea	5
2.2. Baimen informatua	5
2.3. Asistentzia-talde osoari erabakiaren berri ematea	5
2.4. Preskripzio medikoa eta ahalegin terapeutikoaren mugak ezartzea	5
2.5. Erizaintzako Zainketa-plana aplikatzea	10
2.6. Monitorizazioa eta prozesua erregistratzea	11
3. Ohartarazpen etikoak	12
3.1. Eragin Bikoitzaren Printzipioa	12
3.2. Lasaigarriak ematea eta eutanasia (Hiltzea vs hiltzen uztea)	12
4. Legeak	13
5. Terminoen glosarioa	14
6. Bibliografia	18

1. SARRERA

Gaixotasun terminalaren egoeran hainbat ezaugarri elkartzen dira, eta horiek garrantzi handikoak dira ez hori zehazteko orduan bakarrik, baita terapeutika egokia ezartzeko orduan ere. Gaixotasun terminalaren funtsezko ezaugarriak honakoak dira: aurrera egin duen gaixotasuna da, aurrera egiten ari dena eta sendaezina; ez du tratamenduari erantzuteko aukerarik ematen; dituen sintomak nabarmenak eta ugariak dira, era anitzekoak eta aldakorak; eta paziente, familia eta talde terapeutikoarengan eragin emozional handia sortzen du¹.

Bizitza-amaieran osasun alorrean eskaintzen den arreta hiru eduki nagusitan oinarritzen da: kontrol sintomatikoa eta eroso egoteko zainketak, pazienteari eta inguruan duen familiari errespetua izateak duen garrantzia eta esparru etiko zorrotza izatea erabakiak hartzeko orduan.

Lasaigarriak ematea gaixotasun terminala duten pazienteen asistentzian erabiltzen den neurri terapeutikoetako bat da, legez baimendua eta etikoki onartua dago praxi mediko on baten barruan sartzen bada.

Protokolo honen helburuak honakoak dira: gaixo terminalari lasaigarriak emateko esparru kliniko egokia (indikazio eta prozedura zuzenekoak) eta esparru etiko zorrotza ezartzea².

Aplikazio-eremua: protokolo hau Donostia Ospitalearen eraginpean dagoen eremuan arreta eskaintzen ari den paziente helduari aplikatuko zaio.

2. JARDUTEKO PROZEDURA (KONTUAN HARTU BEHARREKO ALDERDI KLINIKOAK)

Gaixo terminalei lasaigarriak ematea neurri terapeutiko bat da eta farmakoen bidez ezauguera baliogabetzea lortzen da, gainerako tratamenduek inolako eraginik ez dutela ikusten denean ematen da; horrenbestez, esan dezakegu beste aukera horien "porrot terapeutiko-arentzat" bilatu den erantzuna dela.

Zainketa Aringarrien alorrean, gaixotasunak aurrera egin duen pazienteengan gomendatzen da lasaigarriak ematea (agonia-aurrean), horren iraupena gehienez aste batzuetakoa izango dela aurreikusi denean, edo agonian, egun batzuk baino gehiago ez duela iraungo aurreikusi denean.

Gaixo terminal bati lasaigarriak emateko **baldintzak** honakoak dira:

1. Gaixotasun terminala izatea, sintoma errefraktario fisikoarekin (deliriuma, disnea, mina, odoljariora, goragalea/oka egitea) edo psikologikoarekin.
2. Baimen Informatua.
3. Asistentzia-talde osoari erabakiaren berri ematea.
4. Preskripzio medikoak eta ahalegin terapeutikoa mugatzeak, kontuan izan beharko du gaixoa lasaitzea ezaguera-maila pixkanaka murriztuz lortuko dela.
5. Erizaintzako Zainketa-plana aplikatzea.
6. Monitorizazioa eta prozesua erregistratzea.

2.1. SINTOMA ERREFRAKTARIOA DUEN GAIXOTASUN TERMINALA DEN ERABAKITZEA

Balorzio kliniko sakona egin behar da gaixotasuna aurreratua eta prozesu kliniko atzeraezina duen pazientea dela jakin ahal izateko.

Pazienteari pronostikoa egiteak bere zailtasunak badituela kontuan izanik, komenigarria da:

- erabakia hartu behar duen medikuak prestakuntza ona izatea eta pazientea behar bezala ezagutzea
- beharrezkoa izanez gero, beste mediku bati beste iritzi bat eskatzea.

Halaber, **beti behar-beharrezkoa izango da:**

- historia klinikoan adierazpen argia eta kontrastatua zehaztasunez jasotzea
- sintoma errefraktario bat eta ez kontrol zaileko sintoma dela ziurtatzea.

2.2. BAIMEN INFORMATUA

Gaixotasun terminala duen pazienteari lasaigarriak emateko bere baimen esplizitua behar da, edo eskuordetua (pazientearen ezintasunaren kasuan, senitartekoaren edo tutore legalaren ordezkartzez, pazienteak familiari edo taldeari azaldu izan dizkion balioen eta nahien arabera).

Ezaguera behar bezala ez duten pazienteen kasuan, Aurretiazko Borondateen Dokumentuak edo gaixoak adierazitako eta Historia Klinikoan jasotako Aurretiko Jarraibideak hartuko dira kontuan.

Baimena ez da idatzizko dokumentutzat bakarrik hartuko. Hitzeko baimena ere nahikoa izan daiteke, baina ezinbestekoa da historia klinikoan ere jasota geratzea.

2.3. ASISTENTZIA-TALDE OSOARI ERABAKIAREN BERRI EMATEA

Erizainak izango dira gaixoari bere azken fase horretan arreta etengabea eta hurbilekoa eskainiko diotenak; horrenbestez, komenigarria da erizain horiek, hartzen diren erabakien jakinaren gainean egotea.

Erizainek, berez dituzten eginkizunez gain, gaixoak bere tratamendua behar bezala betetzearen ardura dute; hori horrela, garrantzi handikoa izango da komunikazioa behar bezala zaintzea arreta eskainiko dion taldearen barruan prozesu guztian zehar, prozesu guztia historia klinikoan jasoz eta horren konfidentzialtasuna zainduz.

2.4. PRESKRIPZIO MEDIKOA ETA AHALEGIN TERAPEUTIKOAREN MUGAK EZARTZEA

Gaixo terminalari lasaigarriak emateko seinalerik ohikoena sintoma errefraktarioak izatea da, hala nola, disnea, deliriuma, mina eta sufrimendu psikologikoa.

Horietako kasu bakoitzean neurtu egin behar da aurrez jarritako neurriak kentzea —oraingo egoeran horien beharrik ez dagoelako—, esaterako, aireztapen mekanikoa kentzea, elikadura enteralerako zunda nasogastrikoa kentzea, antibioterapia bat egitea, eta abar.

2.4.1. Lasaigarri aringarriak ematea sintoma errefraktarioa izandakoan

1. taulan, amaiera-aldian lasaigarriak emateko jarraitu beharreko prozesua azaldu da, aurkitu zaion sintoma errefraktarioaren arabera.

1. taula. Aurkitu zaion sintoma errefraktarioaren arabera jarraitu beharreko prozesua

Sintoma	Tratamendu farmakologiko sintomatikoa	Lasaigarriak ematerakoan erabiltzen diren farmakoak
DELIRIUMA	Neuroleptikoak eta benzodiazepinak pixkanaka-pixkanaka pazientearen sintomatologia hobetzea lortu arte. Haloperidol lehen aukerako farmako gisa.	1. Levopromazina 2. Midazolam 3. Flunitrazepam 4. Propofol edo Fenobarbital
DISNEA	Opioideak, antikolinergikoak, benzodiazepinak eta kortikoi-deak, premien arabera.	1. Dosi hoberen aurreko medikazioarekin jarraitzea 2. Midazolam 3. Flunitrazepam 4. Levopromazina 5. Propofol edo Fenobarbital
MINA	Balorazio egokia eta etengabeko ebaluazioa, pixkanakako tratamendu farmakologikoarekin batera. (OMEn eskala analgesikoa) opioideak txandakatzea ahaztu gabe.	1. Dosi hoberen aurreko medikazioarekin jarraitzea 2. Midazolam 3. Flunitrazepam 4. Levopromazina 5. Propofol edo Fenobarbital
Sufrimendu psikologikoa: ANTSIETATEA/ANGUSTIA-KRISIA	Antsietate iraunkorreko kasuetan espezialista batekin hitz egin beharko da. Benzopiazepinena da aukeratzeko den tratamendua.	1. Midazolam 2. Flunitrazepam 3. Levopromazina 4. Propofol edo Fenobarbital
ODOLJARIO MASIBOA	Lasaigarriak emateko agindua. Egoera askotan aurreikusten den sintoma izanik, adostutako agindua izan behar luke.	1. Midazolam 2. Flunitrazepam 3. Propofol edo Fenobarbital
KONBULTSIOAK	Antiepileptikoak, kortikoideak eta neurri bereziak, hala nola, RT edo QT.	1. Midazolam 2. Flunitrazepam 3. Levopromazina 4. Propofol edo Fenobarbital

2. taula

Farmakoak	Jarraibideak	DOSIAK AA bidea*	DOSIAK ZB bidea
Levopromazina 25 mg/1 ml-ko anpoilak Gehienezko dosia 300 mg/g/e	• Deliriuma izate- agatik lasaiga- rriak ematea • Midazolamek hutsegitea	Indukzioa bolusetan: 12,5-25 mg Erreskatea bolusetan: 12,5 mg/4-5 h Hasieran AAIE: 100 mg/24 h	* AA bidetik hartzen den dosiaren erdia
Midazolam 15 mg/3 ml-ko anpoilak Gehienezko dosia 200 mg/e ematen hasterakoan AA bidea: 5-10' ZB bidea: 2-3'	• Lasaigarriak oro- korrean ematea	Indukzioa bolusetan: 5-10 mg Erreskatea bolusetan: 5-10 mg Hasieran AAIE: 1-2 mg/h • LASAIGARRIAK ALDIZKA EMATEA: erreskate-dosia 2 orduz behin baka- rrik agindu • LASAIGARRIAK ETENGABE EMATEA: AAIE bat hasi eta erreskate-dosia agindu	Indukzio-bolusa hauxe da: Midazolam anpoila 1, 15 mg+7cc serum fisiologiko disolbatzea: 1 cc berdin 1,5 mg Indukzio-dosia: 3,5 mg 5 minutuz behin Erreskate-dosia: Indukzio-dosia ZBE: 20-25 mg/egunean • LASAIGARRIAK ALDIZKA EMATEA: Erreskate-dosia bakarrik agindu • LASAIGARRIAK ETENGA- BE EMATEA: ZBE bat hasi eta erreskate-dosia agindu
Flunitrazepam Anp. 2 mg	• Insomnioa eta lasaigarriak ematea	Ez da komeni a/a-ko bidetik ematea	Indukzioa: 5 anp. (10 mg) 500 ml Serum fisiologiko- an disolbatzea erritmo indibidualizatuan, Ramsay-a baloratuz
Propofol Anpoilak 10 mg/ml	• Midazolamek eta levopromazinak hutsegitea • Lasaigarriak pun- tualki ematea • Alergia Benzodiazepinei	• EZ DA KOMENI EMATEA	• EZ NAHASTU BESTE FAR- MAKOEKIN • Indukzioa: 1-1,5 mg/kg/bb 1etik 3'ra • Erreskatea: Indukzio- dosiaren %50, 30 minu- tuz behin • Hasierakoa ZBE: 2 mg/kg/h

AAIE: azal azpiko infusioa etengabe.

ZBE: zainetik barrena etengabe.

ZB: zainetik barrena.

AA*: azal azpitik (emateko bidea ez da fitxa teknikoan azaltzen, literatura zientifikoan nahikoa berrmatua baldin badago ere).

2.4.2. Amaierako lasaigarriak agonian

Agonia aldiari amaierako lasaigarriak emateko pautak, opioideen eta benzodiazepinen nahasketaz osatua beharko luke oinarrian; horrek lasaigarriak emateko maila eta/edo maila analgesikoa adierazi behar du eta beste farmako batzuk gehitu ahal izango zaizkio bestelako sintomak arindu ahal izateko, hala nola, deliriuma, zotina, gonbitoak, jariakina, eta abar.

Infusioaren abiadura-erritmoa zehaztea behar-beharrezkoa da, eta pazientearen premien arabera egin daitezkeen abiadura-gehitzeak adieraztea komeni da.

Gomendatutako farmakoak honakoak dira:

Opioideak

- Kloruro morfikoa: ZBE 1-10 mg/h gomendatutako 80 mg/h gehieneko dosia bitarte edo
- Kloruro morfikoa 5-10mg AA/4h.

Benzodiazepinak:

- Midazolam: 0,5-5 mg ZB/AA*, gero ZBE 0,5-1mg/h Ohiko mantentze-dosia 20-120 mg/24 h.
- Flunitrazepam 1-30 mg/24 h ZBE.
- Diazepam 10-20 mg/8h-12h ZB.

Antipsikotikoak:

- Haloperidol: 0,5-5 mg AA* 2-4 orduz behin edo 1,5 mg-ko bolusa ZB/AA* eta gero ZBE 5 mg/24 h. Ohiko mantentze-dosia 5-15 mg/24 h.
- Clorpromazina: 10-25 mg BB gomendatutako 150 mg-ko gehieneko dosia bitarte.
- Levomepromazina: AA* 75-100 mg/24 h.

Beste batzuk:

- Butilescopolamina: 10-40 mg/24 h ZB/AA*.
- Atropina: 0,3-1,2 mg/4h-6h AA/ZB.

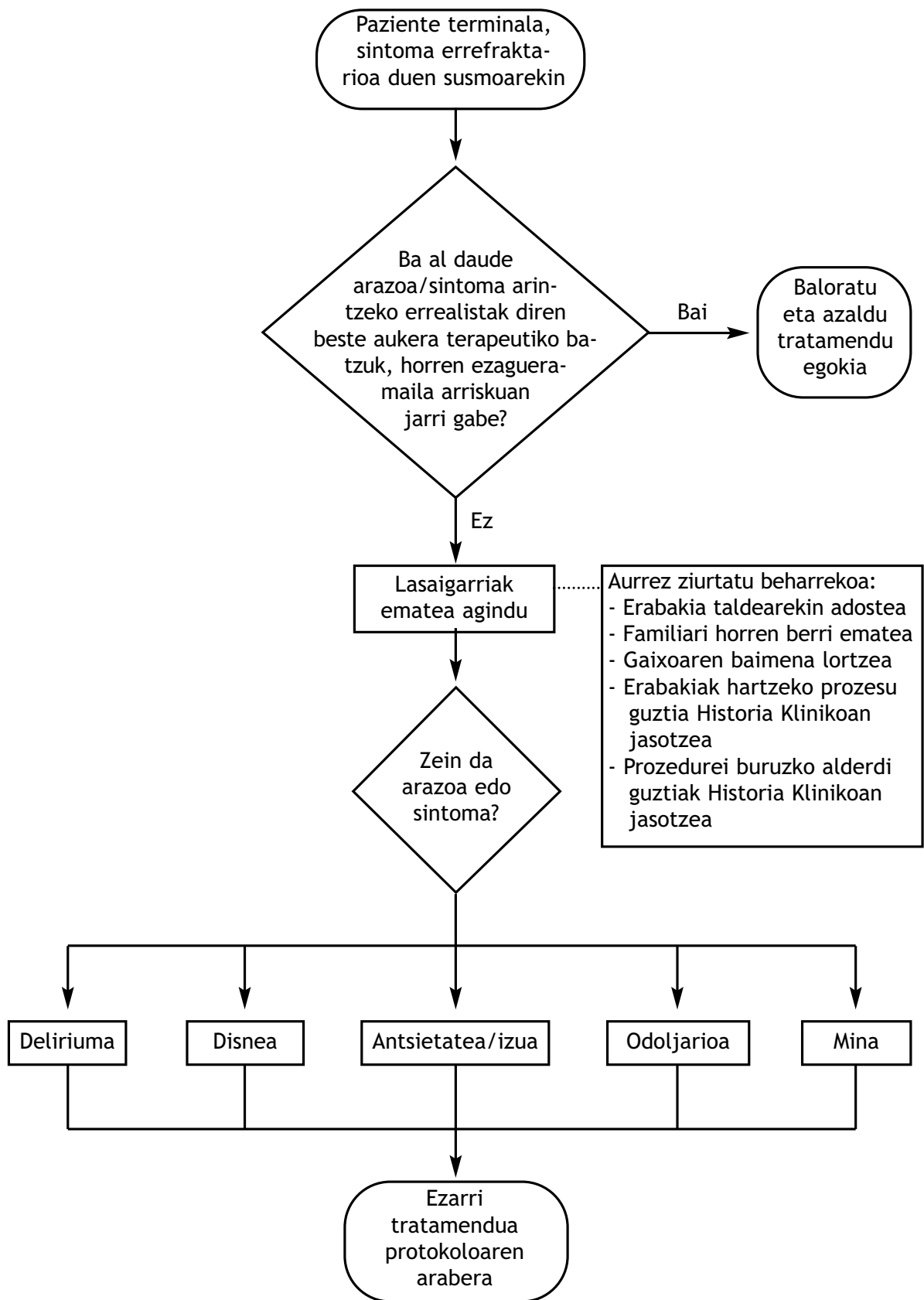
Lasaigarriak emateko adibidetzat har daitezke:

Kloruro morfikoa 20-30 mg + Midazolam 15-30 mg 500 CIN %0,9an/12 h ZBE.

Kloruro morfikoa 20-30 mg + Flunitrazepam 4-6 mg 500 CIN %0,9an/12 h ZBE.

AA*: azal azpitik (emateko bidea ez da fitxa teknikoan azaltzen, literatura zientifikoan nahikoa bermatua baldin badago ere).

Laburbilduz, lasaigarriak emateko eskema orokorra honakoa da:



2.5. ERIZAINZAKO ZAINKETA-PLAN APLIKATZEA

Zainketa-plan Estandarizatua ezarriko da: Zainketak Lasagarriak emateko aldian / Agonian, jarraian adierazten den moduan, kontuan izanik Zainketa-planak pazientea ez ezik familia ere hartuko duela kontuan.

ZAINKETA-PLANA LASAGARRIAK EMATEKO ALDIAN /AGONIAN					
PREMIEN ALDAKETA	ARAZOA	LOTURA ZEREKIN DUEN	HELBURUA	JARDUERA	ALDIZKA-KOTASUNA
OXIGENAZIOA	Arnasbideak alferrik garbitzea	Indarra gutxitzea	Jariaketaren zarata saihestea	Posturak aldatzea Ahoko jarioak kentzea eta/edo xurgatzea, beharrezkoa balitz	G-A-G
AZALA	Ahoko mukosa aldatzeko arriskua	Aho-arnasketa	Aho-mukosa hidratatuta edukitzea	Ahoa zaintzea	G-A-G
	Ultzera-arriskua presioagatik	Arrisku handia	UPPren arriskua gutxitzea	Pixoihala aldatzea Eskararik ez izateko koltxoia Presio-guneak zaintzea	G-A-G G-A-G G-A-G
	Ezarritako ultzera	Narriadura orokorra	Erosotasuna bultzatzea	Mina eta usaina tratatzea. Neurri agresiborik ez aplikatzea	G-A-G
SEGURTASUNA	Norberak gutxi zaintzea: higieenea eta jantziak	Ahuldadea	Norberak zaintzearen premiak estalita izatea	Laguntza-maila, higieenea eta jantziak egiaztatzea eta egokitzea	G-A-G
	Istripu-arriskua	Arrisku txikia	Istripu-arriskua gutxitzea	Istripuak prebenitzeko protokoloa ezartzea	G-A-G
IKASKETA	Antsietatea/beldurra	Prozesuaren eboluzioa	Familiak sentimenduak/beldurrak kanporatuko ditu	Sentimenduak azaltzen laguntzea	G-A-G
	Ezagupen gutxi	Eguno osasun-egoera	Familiak prozesua ezagutzen duela azalduko du	Tratamendu, zainketa, eboluzio, eta abarrei buruzko informazioa ematea	G-A
SISTEMA KARDIO-BASKULARRA	Konplikazioa: flebitisa	Zainetik barrena	Flebitisaren ezaugarriak eta sintomak azkar antzematea	Zainetik barrena mantentzeko protokoloa ezartzea	G-A-G
SISTEMA GENITOURINARIOA	Konplikazioa: pixa erretentitza	Hondatze orokorra	Pixa erretentitzearen ezaugarriak eta sintomak azkar antzematea	Ongi zaindu honakoak: minik baden, maskuria, pixarik egiten den	G-A-G
SISTEMA NEUROLOGIKOA	Konplikazioa: sintoma errefraktarioa	Hondatze orokorra	Lasagarriak emateko maila detektatzea eta erosotasuna bultzatzea	Lasagarriak ematearen balorazioa egitea: Ramsay-ren eskala begiratu eta erregistroak egitea. Erosotasuna bultzatzea	G-A-G
ARNASKETA-SISTEMA	Konplikazioa: bronkoaspirazioa	Hondatze orokorra	Bronkoaspirazioaren ezaugarriak eta sintomak azkar antzematea	Ohea altxaturik eta burua aldamen batera	G-A-G

Azaldutako tratamendu eta zainketa horiez gain, ondorengo jarraibideak hartu beharko dira kontuan:

Gaixoari dagokionez

1. Hiltzeko lekuak duina izan behar du, azken agurra errazagoa izaten laguntzeko: **banako gela** ahal izanez gero behintzat.
2. Euskarri emozionala:
 - 2.1. Hitzezko eta keinu bidezko komunikazioa zaindu behar da: ahalmen kognitiboa nolabait galdu arren, estimulu sentsitiboak hartzen jarrai dezake. Errespetuz tratatu behar da.
 - 2.2. Berarekin egotea, haren esanetara eta hurbil egotea. Laguntza fisiko, psikologiko eta espiritualak ematea.

Familiari dagokionez

1. Izan dituen aldaketa nabarmenak leku egokietan azalduko dira: ahal dela pasilloetan eta egongeletan ez. Ez egin komentariarik gelan.
2. Emozioak eta sentimenduak agertzeko erraztasunak ematea.
3. Gaixoaren eboluzioan eta horrek behar dituen tratamendu eta zainketetan izaten diren aldaketen berri ematea.
4. Zainketetan parte hartzeko eskatzea (atsekabea eramangarriagoa egiten da).
5. Etengabeko laguntza eskaintzea eta zaintzaileen lana osatzea.
6. Laguntza psikologikoaren beharra neurtzea.
7. Gaixoa hil ondoren beharrezkoak izango diren alderdi burokratikoak buruzko informazioa ematea.

2.6. MONITORIZAZIOA ETA PROZESUA ERREGISTRATZEA

Erregistroa: Historia Klinikoan (eboluzio-orria) mediku arduradunak honakoa jaso beharko du:

- Gaixotasun terminalaren diagnostikoa, sintoma errefraktarioa, lasaigarriak emateko agindua.
- Baimen Informatua, esplizitua edo eskuordetua den azalduz.

Prozesuaren monitorizazioa. Parametro esanguratsuen jarraipenean oinarritzen den Ramsay-ren eskalaren bidez neurtuko da lasaigarriak emateko prozesua, ondorengo parametroak kontuan izanik: aztoramendua, antsietatea eta ezaguera-maila, 3. taulan ageri den moduan. Balorazioen emaitzak dagozkien Eboluzio-orrietan jasoko dira (medikuntza-koak edo erizaintzakoak).

3. taula. Ramsay-ren eskala

Maila	
1	Aztoratua, antsietate handia
2	Lasai, laguntzeko prest
3	Bat-batean esnatzen da hitz egiten badiozu edo perkusio glabelarraren ondorioz
4	Makal erantzuten du estimulu glabelarren aurrean
5	Erantzuna estimulu mingarrietan
6	Ez du erantzuten

Halaber, eboluzio-orrietan prozesuan zehar sortzen diren gertaera nabarmenenak jasoko dira dena amaitzen den arte.

3. OHARTARAZPEN ETIKOAK

Bizitzaren azken aldi horretan autonomia-printzipioa errespetatuz eta pazientearen nahiak betez, lehentasunezko helburua sufrimendua arintzea izango da eta ez bizia nolabait luzatzea. Gaixotasuna aurreratua dagoenean edo terminala denean gaixoak ez du inolaz ere sufritu behar, heriotza aurreratu daitekeen beldurrez.

Aurrekoa behar bezala ez ulertzeagatik, zenbaitetan egoskorkeria terapeutikoa sortu izan da, eta pazienteak eta bere familiak asko sufritu izan dute.

Osasun-taldearen erantzukizuna sufrimendua arintzeko erabakiak hartzeko prozesuan oinarritzen da nagusiki eta ez hainbeste talde horren esku-hartzeak gaixoaren bizi-iraupenean edo heriotzean izan dezakeen emaitzan.

3.1. ERAGIN BIKOITZAREN PRINTZPIOA

Eragin bikoitzaren printzipioaren arabera, bi eragin edo gehiago izan ditzakeen ekintza bat —horren barruan ona izan daitekeen bat eta txarrak diren beste batzuk barne— moral aldetik baimengarria izango da lau baldintza hauek betetzen badira:

- 1- Ekintzak ona edo neutroa izan behar du.
- 2- Egileak asmo onez jokatu behar du (eragin ona bilatu nahi da).
- 3- Bi eragin horien artean proportzio edo oreka bat izaten da, ona eta txarra.
- 4- Lortu nahi den eraginak eta eragin onak ez dute inoiz nahigabeko eragin baten edo eragin negatibo baten ondorio izan behar.

Argi eta garbi utzi behar da agonian lasaigarriak ematearen eragin bikoitzak ez duela loturarik bizitzarekin (nahi izaten den eragina), heriotzarekin (nahi ez den eragina), baizik eta sufrimendu errefraktarioa arintzearekin (nahi izaten den eragina), edo ezaguera galtzearekin (nahi ez den eragina). Horrenbestez, heriotza ezin daiteke nahi ez den eragintzat hartu, pazientearen gaixotasunaren eboluzioaren ondorioz edo horren konplikazioen ondorioz hilko baita.

Eragin bikoitzaren printzipioa lasaigarriak ematearen kasuan ezar daiteke, lortu nahi den eragina sufrimendua arintzea dela ulertuz, eta lortu nahi ez dena, berriz, ezaguera galtzea.

3.2. LASAIGARRIAK EMATEA ETA EUTANASIA

Lasaigarriak emateari buruzko eztabaida etikoan sortzen den punturik garrantzitsuenetako bat da batzuek parekatu egiten dituztela lasaigarriak ematea eta eutanasia, eta horrek eztabaida handia sortu du.

4. taulan ikusten den moduan, lasaigarriak ematearen eta eutanasiaren artean dagoen aldea ondorengo puntuetan oinarritzen da nagusiki: asmoa, prozesua eta emaitza:

4. taula. Lasaigarriak ematearen eta eutanasiaren arteko aldeak.

	Lasaigarriak ematea	Eutanasia
Asmoa	Sufrimendu errefraktarioa arintzea	Heriotza eragitea sufrimendurik ez izateko
Prozesua	Pazientearen gaixotasunari egokitzen zaizkion farmakoak agintzea	Farmakoak dosi hilgarrietan jartzeko agindua ematea, heriotza lehenbailehen eragiteko
Emaitza	Sufrimendua arintzea	Heriotza

4. LEGEAK

- 41/2002 Legea, Pazientearen Autonomia eta Informazioaren eta Dokumentazio Klinikaren alorrean Eskubideak eta Betebeharrak arautzen dituen Oinarrizko Legea.
- Kode Penal (143 art.) (asistentzia suizidioan, sorosteko obligazioa ez betetzea, indarkeria erabiltzea, arduragabekeriagatiko gizahilketa).
- Abenduaren 12ko 7/2002 Legea, Eusko Legebiltzarraren osasun alorreko Aldez Aurreko Borondateena.
- Azaroaren 4ko 270/2003 Dekretua, Aldez Aurreko Borondateen Euskal Erregistroa sortu eta arautzen duena.
- Abenduaren 29ko 21/2000 Lege katalana.
- Abenduaren 21eko 12/2001 Legea, Madrilgo Parlamentuarena.
- Apirilaren 15eko 6/2002 Legea, Aragoiko Parlamentuarena.
- Apirilaren 17ko 2/2002 Legea, Errioxako Parlamentuarena.
- Maiatzaren 6ko 11/2002 Foru Legea, Nafarrokoa.
- Urtarrilaren 28ko 1/2003 Legea, Valentziako Komunitateko pazienteen eskubide eta informazioari buruzkoa.
- Apirilaren 8ko 8/2003 Gaztela-Leongo Legea, osasunaren alorrean pertsonak dituzten eskubide eta betebeharrak buruzkoa.
- Urriaren 9ko 5/2003 Legea, Andaluziako Parlamentuaren aurrez hartutako bizi-borondateen adierazpenari buruzkoa.

5. TERMINOEN GLOSARIOA

Agonia: Heriotzaren aurreko egoera, bizitza pixkanaka-pixkanaka itzaltzen den gaixotasunetan. Hondatze fisiko orokorra azaltzen delako nabarmentzen da, eta hondatze horrek berehala egiten du aurrera, ahuldadea eta makaltasuna era nabarmenean gehitzen dira eta alerta-maila jaitsi egiten da; horren ondorioz, ordu gehiago egiten dira ohean, gutxiago jaten da eta bizi-konstanteetan aldaketa nabarmenak izaten dira; hipotentsioa, takikardia eta oliguria izateko joera handiagoa, pazientea bera, familia eta osasun alorreko profesionalen taldea heriotza berehala iritsiko dela jabetuz.

Ahalegin terapeutikoa mugatzea: Helburu terapeutikoen eta baliabide terapeutikoen artean dagoen aldea nabarmena dela ikusten denean, neurri horietakoren batzuk murrizteko edo baliogabetzeko erabakia, egoskorkeria terapeutikoan eror ez gaitezen.

Angustia-krisia (panic attack): Irudipen-sintomak eta izugarrizko beldur edo izuaren sintomak bat-batean agertzea, eta gehienetan horiekin batera berehalako heriotzaren sentazioa. Krisialdi horietan sintoma batzuk agertzen dira, hala nola, arnasa hartzeko zailtasuna, palpitazioak, toraxeko opresioa, itolarria edo asfixia, eta zoratzeko edo kontrola galtzeko beldurra.

Antsietatea: Gizabanakoa estu, urduri, kezkatua edo modu desatseginean beldurtuta agertzen den egoera emozionala, eta sintomatologia fisikoa izaten duena. Gorputzaren erreakzio autonomoa da, kaltegarria den estimulua edo kaltegarria izan daitekeena azaldu ondoren, gorputzak duen erreakzio autonomoa da. Egoera aurreratuko gaixoengan antsietatearen maiztasuna %25ekoa izaten da.

Aurretiazko borondateak: adinez nagusia eta gai den pertsona batek, modu librean bere borondatea aldeztu aurretik adierazten du, berez adierazteko gauza ez den egoerara heltzen den unean bete dadin. Beste izen batzuk ere erabiltzen dira: **aldez aurreko arauak**, **aldez aurreko jarraibideak** edo **bizi-testamentuak**.

Bizi-euskarria: **Biziari eusteko tratamendua:** Paziente bati egiten zaion edozein esku-hartze mediko, teknologiko, prozedura edo ematen zaion medikazioa heriotzaren unea iristea eragozteko, tratamendu horrek bizitza arriskuan jartzen duten azpiko gaixotasun horietan eragina izango duen edo eraginik izango ez duen begiratu gabe. **Biziari eusteko baliabideak:** gorputzak gauzatu ezin dituen bizi-eginkizunak modu artifizialean ordezkatzeko dituztenak dira, edo pazienteak beharrezko dituen eginkizunak baina gaitasunik ez duelako gauzatu ezin dituenak egiteko lagungarriak direnak.

Bizi-kalitatea: Gizabanakoak baldintza duinetan bizitzeko duen ulertzeko modu subjektiboa. Norberak bere buruarentzat dituen nahiak eta helburuak sartzen dira horren barruan. Adostasun zabala lortu da bizi-kalitatea definitzeko garaian kontuan hartu diren iritzi objektibo batzuei buruz.

Deliriuma: Nahaste-egoera akutua, garunaren disfuntzio organiko zehaztugabearen ondorioa dena, eta ezagutza-mailan eta arreta-mailan izaten diren aldaketengatik nabarmentzen dena; horiekin batera aldaketa kognitiboak eta ulertze-mailakoak ere izaten dira. Maiztasuna, %83-88 bizitzaren azken egunetan. Eragina %86koa izaten da.

Disnea: Arnasa hartzeko zailtasunaren pertzepzio desatsegina. Maiztasuna %50; neoplasia aurreratua duten pazienteengan, %70era arte igotzen da biriketako neoplasietan, eta %80ra arte azken egunetako egoeran.

Etika: "Ohitura" esan nahi duen grekerazko hitz batetik dator. Horregatik aztura eta ohi-turen dotrina bezala azaldu izan da. Jose Luis Arangurenen esanetan, etikaren helburuen artean giza-portaeraren azterketa zegoen, hori moral edo ezmoral moduan sailkatzeko modurik baldin bagenuen behintzat.

Etika Batzordea: Osasun alorreko erakunde bateko profesional eta erabiltzaileen zerbitzu-ra dagoen kontsultarako eta disziplina arteko batzordea da, asistentziako lanaren ondorioz sortzen diren gatazka etikoetan hartu beharreko erabakiak aztertzeko eta aholkuak emateko sortutakoa, osasun-asistentziaren kalitatea hobetzeko helburua izanik.

Eutanasia: Ekintza horren helburua gaixotasun terminala edo atzerabiderik ez duen paziente bati, jasanezinak diren sufrimenduak dituenari, eta berak horrela eskaturik, bizia nahita kentzea da.

Eutanasiaren inguruan dagoen terminologia:

- **Eutanasia aktiboa, positiboa edo okzisiboa:** Ekintza horien bidez nahita eragingo dugu sufritzen ari den paziente baten heriotza.
- **Eutanasi pasiboa, negatiboa edo lenitiboa:** Gaixotasun terminala duen edo atzerabiderik ez duen egoeran dagoen paziente baten bizitza luzatzeko eginkizun terapeutikoak amaitutzat ematea da. Gaur egun tratamenduak mugatzea edo horiek ez hastea ere esaten da hori adierazteko.
- **Zuzeneko eutanasia:** Eutanasia aktiboaren sinonimotzat hartzen da orokorrean.
- **Zeharkako eutanasia:** Minaren aurkako tratamenduaren bigarren mailako efektuaren ondorioz -nahi eta bilatzen ez dena- edo gaixotasunak sortutako beste sintoma larri baten ondorioz gertatutako pazientearen heriotza. "Eragin bikoitzaren printzipioa" bezala ezagutu izan da orain arte.
- **Borondatezko eutanasia:** Pazienteak eskatuta egiten dena.
- **Nahi gabe egiten den eutanasia:** Pazienteak eskatu gabe egiten dena.

Ezerezkeria: Ezertarako balio ez duen tratamendu mediku batek duen ezaugarria da, pazienteari mesede egiteko duen helburuak ia segurtasun osoz porrot egingo duelako eta beren salbuespen gutxi horiek gorabeheratsutzat hartzen direlako; horrenbestez, ezin dira arrazoizkotzat hartu erabaki kliniko bat hartzeko. Definizio horretan bi alderdi dira kontuan hartu direnak: bat, handia dela porrot egiteko aukera (kuantitatiboa); bestea, berriz, kualitatiboa (pazientearen mesederako).

Ez suspertzeko agindua: Arnasa hartzeari utzi dion eta bihotza gelditu zaion paziente bati bihotz-biriketako suspertze-lanak ez erabiltzeko (BBB) agindua, jarraibidea edo erabakia.

Gaixotasun terminala: Zainketa Aringarrien Espainiako Elkarteak (SECPAL) prozesu aurretatua, progresiboa eta dauden baliabide teknologikoen bidez sendaezintzat jotzen du, tratamendu bereziarekin arrazoizko erantzunik izaten ez duena, sintomatologia trinkoa, multifaktoriala eta aldakorra izaten du eta horrek egonezina sortzen du pazientearen eboluzioan, baita bizi-pronostiko laburra ere (sei hilabetetik beherakoa). Beste egile batzuk, gaixo terminalari buruz honakoa diote: atzerabiderik gabeko gaixotasun-prozesuan dagoen eta medikuntzak halakotzat jo duen gaixoa da, eta gaixotasun hori izango da gaixoaren heriotza ekarriko duena aurreikusi daitekeen epe baten barruan.

Konbultsioak: Jarduera kortikal elektrikoaren aldaketa bortitzak dira, eta ezaguera edo sintoma motor edo portaerakoa klinikoki aldatzen delako nabarmentzen dira. Maiztasuna, %10 ingurukoa bizitzako azken hilabetean.

Kontrol zaileko sintoma: Behar bezala kontrolatu ahal izateko eskuhartze terapeutiko intentsiboa behar duena, ohiko baliabideez gain, beste batzuk erabili behar dira, ikuspegi farmakologiko, instrumental edo psikologikotik. Kontrol zaileko sintomak, adituen eskuetan lasaigarriak emateko premiarik gabe kontrolatzen dira kasu horietako askotan behintzat.

Lagundutako suizidio medikoa: Paziante bati egokiak diren baliabideak ematea, berak, nahi duen unean, bere biziari amaiera eman diezaion.

Lasaigarriak ematea: Ezagueraren baliogabetze farmakologikoa da.

Lasaigarriak ematearen sailkapena (3):

1- Helburuaren arabera honela banatzen dira:

- **Lehen mailako** lasaigarriak ematea, esku-hartzearen helburu nagusia ezaguera-maila gutxitzea da.
- **Bigarren mailako** lasaigarriak ematea, ezaguera-maila gutxitzea, sintomak kontrolatzeko erabiltzen diren farmakoen dosi altuak ematearen ondorioz sortutako eragina denean, eta horrenbestez nahita bilatu ez dena.

2- Denborazkotasunaren arabera honela banatzen dira:

- **Aldizkakoa**, pazienteek alerta-aldiak izan ditzaketenean.
- **Etengabekoa**, ezaguera-maila beti behe-mailan iraunarazten denean.

3- Intentsitatearen arabera horrelakoa izan daiteke:

- **Azalekoa**, hitz egiteko edo keinu bidez komunikatzeko aukeraren bat ematen duenean.
- **Sakona**, pazienteak konortetik gabe dagoenean eta inolako hartu-emanik edukitzerik ez dagoenean.

4- Egiten den momentuaren arabera

- **Amaierako lasaigarriak edo agoniako lasaigarriak:** farmakoak nahita ematea heriotza oso hurbil duela ikusten den paziente baten ezaguera-maila nahiko jaitsi ahal izateko eta horrek atzerabiderik ez izateko, sufrimendu fisikoa (mina edo disnea) eta/edo psikologikoa (antsietate-krisia) arintzeko —beste neurri batzuekin ezinezkoa da—, pazienteak emandako baimen esplizitu edo implizituarekin, edo horrek beste bati eskuordetutakoarekin.
- **Lasaigarri aringarriak ematea:** farmakoak nahita ematea, beharrezko dosi eta nahasketetan, gaixotasun aurreratua edo terminala duen gaixo bati ezaguera-maila behar hainbat gutxitu ahal izateko eta horren bidez, sintoma errefraktario bat edo gehiago behar bezala arintzeko, pazienteak emandako baimen esplizitu edo implizituarekin, edo horrek beste bati eskuordetutakoarekin. **SECPAL**

Mina: Esperientzia desatsegina, sentzoriala eta emozionala, benetakoa edo potentziala den lesio tisular bati lotua, edo lesio horrek sortutakotzat jotzen dena (IASP).

- **Pronostiko txarreko Mina:** Edmonton Staging System-ek bi estadiotan sailkatzen du mina, horren pronostiko onaren edo txarraren arabera. II. estadioan edo pronostiko txarreko minarenean, pazienteen %55ean mina ongi kontrolatzea lor daitekeela onartzen da.
- **Min neuropatikoa, mistoa edo arrazoi ezezagunekoa:** Min intzidentala. Distres emozionala ageri da. Opioideen dosia berehala igotzea. Enolismo-aurrekariak edo droga-zaletasuna. Gaixotasuna aurreratua dagoen egoeratan, maiztasuna %70-80 artekoa izaten da.

Odoljario masiboa: Odoljarioak, gelditzen ez bada, pazientearen heriotza eragin dezake minutu gutxitan. Maiztasuna oso urria da.

Ohiko tratamendua: Ezaugarri hauetakoren bat aurkezten duena: ugaria; ez inbasiboa; merkea; erabilgarria; arrisku gutxikoa; teknologia xumea; aldi baterakoa. Tradizionalki, aparteko tratamendutik, hau da, alderantzizko ezaugarriak (gutxi, inbasiboa, eta abar.) izango lituzkeenetik, bereizi egin izan da.

Ordezkarria: Pazienteak medikuarekin edo talde sanitarioekin hitz egiteko izendatzen duen pertsona da, bere balioak eta jarraibideak interpreta ditzan, ordezkatuak bere kabuz adierazteko ezintasuna duenean.

Ordezkatzeko erabakia: Pertsona bat erabakiak hartzeko gai ez denean, beste norbaitek hartuko ditu bere ordezkariak, normalean, senitartekoren batek edo horretarako izendatutako ordezkariak. Gai ez izateaz gain, legeak ezgautzat hartzen badu, tutore legala izango da erabakiak hartzen dituenak.

Proportzionaltasun (irizpidea): Tratamenduaren edo diagnostikorako metodoen eragin positiboaren eta negatiboaren artean egiten den azterketa da —bigarren mailako ondorioek izan dezaketen karga edo sor daitekeen mina— Profesionalak egin beharreko praktika kliniko oneko irizpidea da. Proportzionaltasun-irizpidearen bidez, proposatu den tratamendu mediko edo kirurgikoak gaixoari mesede handiagoa egingo dion jakingo dugu.

Sintoma errefraktarioa: Pazientearen ezaguera arriskuan jarriko ez duen tratamendu eramangarria aukeratzeko ahalegin izugarriak egin arren, kontrolatzerik ez dagoen sintoma izaten da. Aurrez azaldutakoa eraginkorra izateko ahalegin horiek denborazko esparru baten barruan jarri behar dira ("arrazoizko denbora"). Oso zaila izaten da "arrazoizko denbora" hori noiz gainditu den jakitea; horrenbestez, gaixoaren iritzia eduki beharko litzateke beti kontuan.

Tratamendu proportzionatua: Kostu-kargen/onuren arteko balantze egokia mantentzen duena da, lortu nahi diren helburuen arabera. Alderantzizkoa proportzionatua ez den tratamendua da.

Tratamendu proportzionatua/apartekoa: Arrisku-kostu eta onuren arteko lotura egokia ez den kasuetan neurriak desproportzionatuak izaten dira. Aparteko neurriak, arruntetatik, hau da, ohikoetatik ateratzen direnak dira.

Zainketa Aringarriak: Tratamendu aktiboko programak dira eta pazienteen bizi-baldintzak hobetzeko edo iraunarazteko erabiltzen dira, gaixotasunek sendatze-tratamenduarekin denbora gehiagoz erantzuten ez dutenean. Horien bidez, mina eta gogaikarriak diren beste hainbat sintoma kontrolatzeaz gain, sufrimendua ere kontrolatu nahi izaten da, gaixo horiek azken hilabete edo egunetan ahal den modurik onenean bizi daitezen eta heriotza ona izan dezaten. OMEk honakoa dio Zainketa Aringarriei buruz: "Gaixotasunak sendatze-tratamenduarekin erantzuten ez duen pazienteen zainketa orokorra eta aktiboa, mina eta beste hainbat sintoma kontrolatzea funtsezkoa izanik, arazo psikologiko, sozial eta espiritualak arretaz aztertzea, eta pazientearentzat eta familiarentzat bizi-kalitate hobea lortzea".

6. BIBLIOGRAFIA

1. Guía de cuidados paliativos de SECPAL www.secpal.com.
2. Protocolo clínico de sedación terminal del Servicio de Geriátría del Hospital Central Cruz Roja de Madrid. www.segg.es.
3. Ética y sedación la final de la vida. Fundación Víctor Grífols i Lucas www.fundacio-grifols.org/docs/pub9%20esp.pdf.
4. SECPAL.: Guía de Cuidados Paliativos. Los últimos días: Atención en la agonía.
5. Lopez Imedio E.: La Agonía. Cuidados de Enfermería. Editorial Médica Panamericana. Madrid 1998.
6. Gómez-Batiste, Planas, Roca, Viladiu, eds: Cuidados Paliativos en Oncología. Editorial Jims, Barcelona, 1996.
7. Rubiales AS, Olalla MA, Hernansanz S, Garavís M, Del Valle ML, Centeno C, García C, López-Lara F. Decisiones clínicas sobre el mantenimiento de medidas de soporte y la sedación en el cáncer terminal. Med Pal (Madrid) Vol. 6:nº3;92-98, 1999.
8. Azucena Couceiro "Ética en cuidados paliativos" Capítulo 13: El enfermo terminal y las decisiones al final de la vida, pág. 263- 304.
9. Documento de Voluntades Anticipadas. Consideraciones y recomendaciones. 1ª ed. Vitoria-gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu nagusia/Servicio Central de Publicaciones del Gobierno vasco, 2004.
10. Bibliografía sobre uso SC de algunos medicamentos. Pte Maite Olaizola.
11. Hernández Pérez B, López López C, García Rodríguez MA. "Vía subcutánea. Utilidad en el control de síntomas del paciente terminal".
12. Porta J, Gómez-Batista X, Tuca A. Manual Control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. Apéndice 1. "Uso vía subcutánea" cap. 14: 271-7.