

SEDACIÓN PALIATIVA



Javier Alaba
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Diplomado en Medicina Geriátrica
Diplomado en Gerontología Social
Doctor en Medicina por la UPV

Madrid a 3 de noviembre de 2016



“ Saber envejecer es la obra maestra de la vida, y una de las cosas más difíciles en el arte difícilísimo de la vida.”

Gregorio Marañón

INDICE

1. Consideraciones clínicas.
2. Consideraciones éticas.
3. Procedimiento.
4. Registro, monitorización.



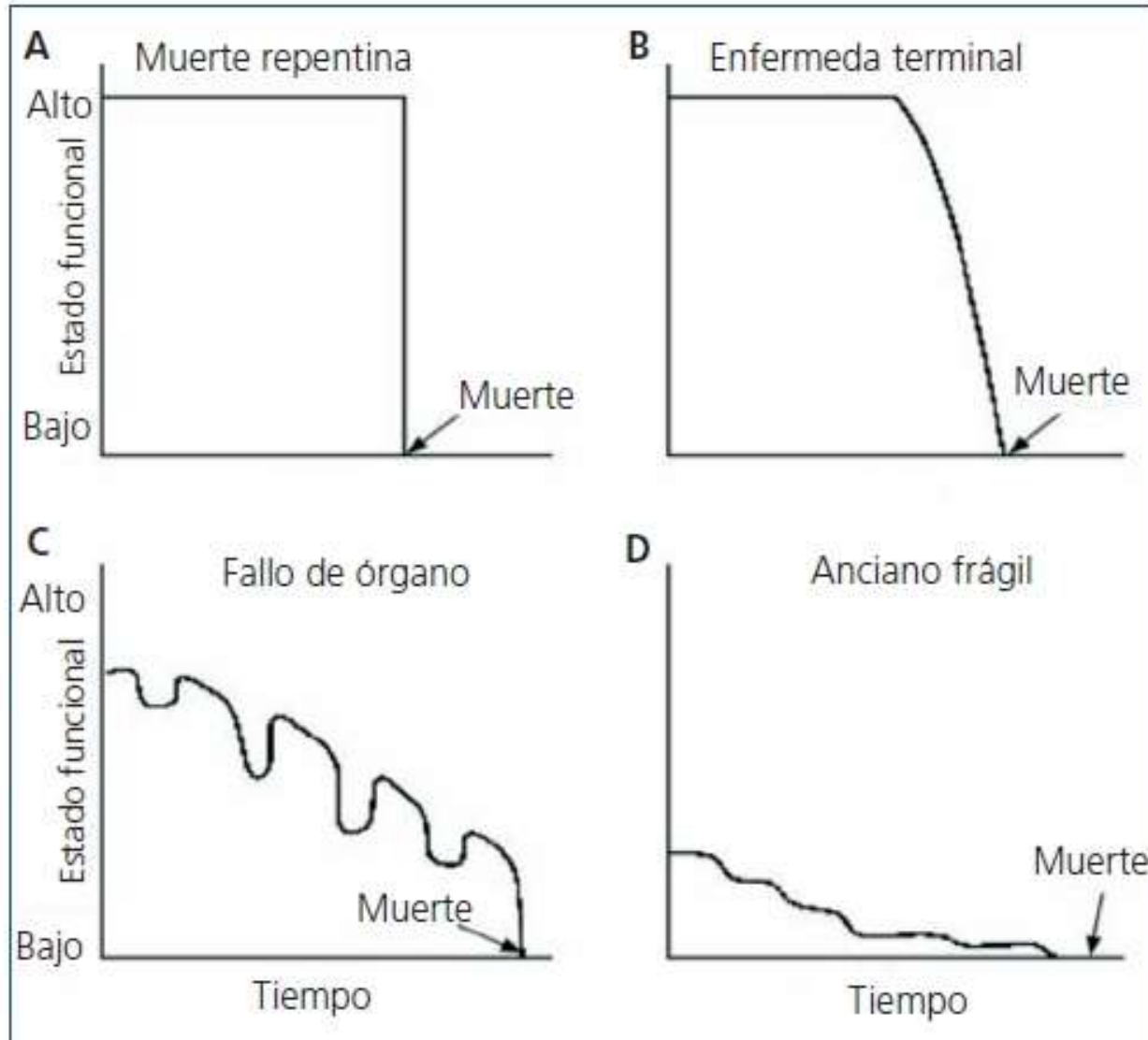
1. Identificación enfermedad avanzada terminal.

* Adecu	En caso de respuesta negativa a alguna de las cuestiones habría que considerar al síntoma/s como refractario/s ²⁵ .
* Identif	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Existen más intervenciones capaces de proporcionar mayor alivio?
* Inform	<ul style="list-style-type: none"> • ¿La morbilidad prevista de la intervención es tolerable para el paciente? • ¿Las intervenciones propuestas proporcionarán alivio dentro de un marco de tiempo razonable?

Consentimiento Informado
 Documento voluntades anticipadas

* Plan Atención Individual

TRAYECTORIAS FINAL DE VIDA



- ❑ **Enfermedad terminal (SECPAL):** proceso avanzado, progresivo e incurable por los medios tecnológicos existentes, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico y con presencia de sintomatología intensa, multifactorial y cambiante, que condiciona una inestabilidad en la evolución del paciente, así como un pronóstico de vida corto (inferior a seis meses).

 - ❑ **Agonía:** Situación que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico de vida limitado a horas o días. Se recomienda identificar y registrar en la historia clínica los signos y síntomas propios de esta fase.

 - ❑ **Síntoma de difícil control:** Es aquel síntoma que para su adecuado control precisa de una intervención terapéutica intensiva, mas allá de los medios habituales, desde el punto de vista farmacológico, instrumental o psicológico. Los síntomas de difícil control, en manos expertas, son controlados sin necesidad de sedación en un alto porcentaje de casos.

 - ❑ **Síntoma refractario:** Es el síntoma que no puede ser controlado a pesar de intensos esfuerzos para identificar un tratamiento tolerable que no comprometa la conciencia del paciente. Para que esta definición se vuelva operativa necesita que dichos esfuerzos se ubiquen en un marco temporal (“tiempo razonable”). Resulta difícil saber cuándo se ha sobrepasado el “**tiempo razonable**”, por lo que se debería tener siempre en cuenta la opinión del enfermo.
-

ESCALAS DE DETECCIÓN FINAL DE VIDA

Proyecto NECPAL CCOMS-ICO®
Instrumento para la Identificación
de Personas en Situación de
Enfermedad Crónica Avanzada y
Necesidad de Atención Paliativa
en Servicios de Salud y Sociales

Original Study

Development and Validation of a Multidimensional Prognostic Index for Mortality Based on a Standardized Multidimensional Assessment Schedule (MPI-SVaMA) in Community-Dwelling Older Subjects

JAMDA 14 (2013) 287-292

Alberto Pilotto MD^{a,*}, Pietro Gallina MD^b, Andrea Fontana MSc^c, Daniele Sancarlo MD^d,

Prognostic Indices for Older Adults

A Systematic Review

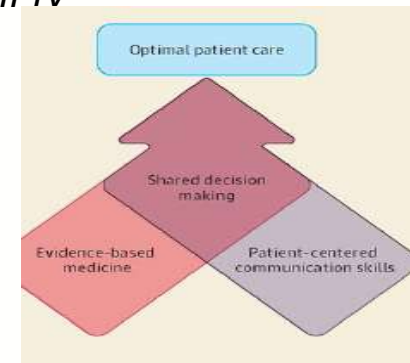
JAMA

JAMA. 2012;307(2):182-192

➤ Otros: *Indices Profund, PALIAR, ADEPT, failure to thrive.....* (AUC <0.6)

ESTUDIO FUNDACIÓN MATIA:

- **Identificación** residentes con criterios de terminalidad.
 - * *Estadio GDS-FAST 7 + sd declive, inf. respiratorias repetición, UPP III-IV*
- **Toma de decisiones** cuidador principal/ familia.
 - * *Información historia natural de la enfermedad.*
 - * *Traslado hospitalario.*
 - * *Nutrición artificial.*
 - * *Objetivos asistenciales. Consentimiento informado.*



- Monitorización y **control de síntomas**. SM-EOLD, CA-EOLD.
- Señalización en Historia Clínica Electrónica planes asistenciales.
- Trabajo e intervención multidisciplinar.
- Planificación necesidades espirituales.
- Encuesta de **satisfacción** familiares tras fallecimiento.



RESPONSABILIDADES MIEMBROS EQUIPO INTERDISCIPLINAR



* **MÉDICO**

- Identificación criterios terminalidad
- Consensuar cuidados familia.
- Coordinarse con recursos asistenciales comunidad/ hospital

* **ENFERMERA**

- Registro control de síntomas
- Recogida incidencias

* **PSICOLOGA**

- Apoyo psicológico
- Estructurar ambientes.
- Detección riesgos equipo cuidador.

* **TRABAJADORA SOCIAL**

- Identificar cuidador principal
- Detección conflictos familiares.
- Conocer disponibilidad legal de DVA, Incapacitaciones

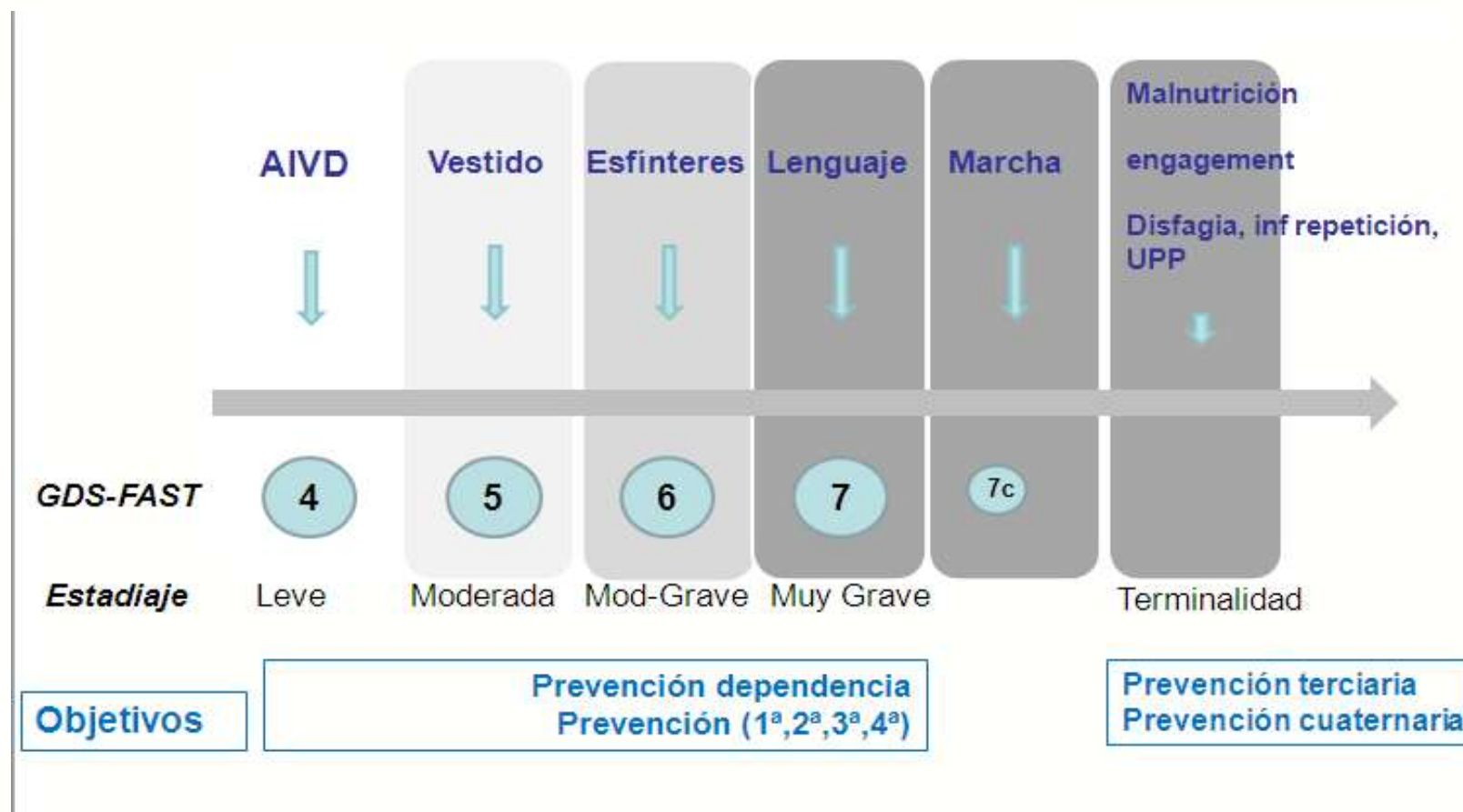
* **AUXILIAR REFERENCIAL**

- Coordinar cuidados al final de la vida.
- Fase final informar a gerocultores objetivos cuidados.

* **DIRECCIÓN**

- Disponer de estructuras y recursos adecuados
-

OBJETIVOS ASISTENCIALES Y ESTADIAJE



Scales for Evaluation of End-of-Life Care in Dementia

*†Ladislav Volicer, *‡Ann C. Hurley, and *§Zuzka V. Blasi

Symptom Management at the End of Live in Dementia(**SM-EOLD**)

Dolor
Respiración acortada
Úlceras por decúbito
Calma
Depresión
Miedo
Ansiedad
Agitación
Resistencia al cuidado

1.- Nunca. 2.- Una vez al mes 3.- Dos o tres días al mes 4.- Una vez a la semana 5.- Varios días a la semana 6.- Todos los días

Scales for Evaluation of End-of-Life Care in Dementia

*†Ladislav Volicer, *‡Ann C. Hurley, and *§Zuzka V. Blasi

Comfort Assessment in Dying with Dementia Scale (**CAD-EOLD**)

DISTRES FISICO

Disconfort

Dolor

Inquietud

Respiración acortada

SINTOMAS DE AGONIA

Respiración acortada

Ahogos

Gorgoteos - estertores

DISTRES EMOCIONAL

Dificultad para tragar

Miedo

Ansiedad

Quejidos

Llanto

BIENESTAR

Serenidad

Paz

Calma

- MUCHAS VECES – A VECES - NUNCA

1. *Comunicación.*
2. *Toma de decisiones.*
3. *Provisión cuidados, coordinación y comunicación cuando el residente solicita cuidados Hospice.*
4. *Valoración cuidados físicos, incluido el dolor.*
5. *Valoración cuidados conductuales.*
6. *Soporte psicosocial y espiritual.*
7. *Participación familia cuidados al final de la vida.*
8. *Formación personal asistencial.*
9. *Reconocimiento de la muerte y servicios.*



CONSIDERACIONES ÉTICAS:

- **PRINCIPIO DE** 1- La acción debe ser buena o neutra.
2- La intención del actor debe ser correcta (se busca el efecto bueno).
- **SEDACIÓN V** 3- Existe una proporción o equilibrio entre los dos efectos, el bueno y el malo.
4- El efecto deseado o bueno no debe ser superado por un efecto indeseado o negativo.

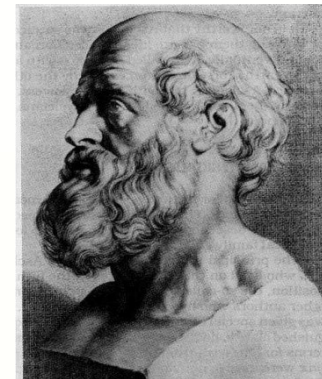
• **PEND**

	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

“Primum non nocere”

“A nadie daré droga mortal alguna, aunque me la fuera pedida.”

Juramento Hipocrático



- a) Garantizar el respeto a la **dignidad de la persona** en el proceso del final de su vida.
- b) Impulsar la libertad, la autonomía y la voluntad de la persona, respetando sus **deseos, prioridades y valores**, facilitando el diálogo y reflexión conjunta con el personal asistencial y sanitario.
- c) Salvaguardar la **intimidad** de la persona enferma y de su familia o allegados y la confidencialidad de las informaciones médicas que deban recibir de acuerdo con la normativa vigente.
- d) Garantizar la **igualdad y la no discriminación** de las personas en el proceso del final de su vida a la hora de recibir servicios del ámbito social o sanitario.
- e) Garantizar que el rechazo o **interrupción de un diagnóstico, tratamiento o información** por voluntad de la propia persona no causará ningún perjuicio en su derecho a recibir asistencia integral del ámbito social o sanitario en el proceso del final de su vida.
- f) Garantizar el derecho de todas las personas a recibir **cuidados paliativos integrales** y un tratamiento adecuado para hacer frente a los síntomas físicos y a los problemas emocionales, sociales y espirituales consustanciales a dicho proceso.
- g) Garantizar una **atención sociosanitaria** personalizada, a través de la **coordinación y cooperación entre los sistemas de salud y de servicios sociales**, velando por la continuidad de cuidados.
- h) Atender igualmente a aspectos prácticos relativos a dicho proceso, como la ubicación del lugar elegido por el o la paciente para recibir la atención.



Artículo 10.– El derecho de las personas en situación de incapacidad a tomar decisiones y a dar su consentimiento basado en la información.

1.– En el ámbito de los anteriores artículos 6 y 7, si en opinión del médico responsable de su asistencia la persona que se halla bajo atención sanitaria se encuentra en situación de incapacidad, tanto la responsabilidad de recibir la información como la de dar o revocar el consentimiento basado en la información recaerá sobre las siguientes personas, por este orden:

- a) *La persona designada a tal efecto en el documento de voluntades anticipadas.*
- b) *Quien ostente su representación legal.*
- c) *El cónyuge o la pareja unida con la persona enferma de forma estable en una relación de afectividad análoga a la conyugal y que viniera conviviendo con ella o que no hubiera iniciado un proceso de separación o divorcio.*
- d) *Los familiares de grado más cercano, y, dentro del mismo grado, el de mayor edad.*
- e) *En última instancia, quien decidan las autoridades judiciales.*

* **Código Penal** (Art. 143) (asistencia al suicidio, omisión del deber de socorro, coacciones, homicidio por imprudencia).

CLASIFICACIÓN DE LA SEDACIÓN

✓ OBJETIVO

- **Sedación Primaria**, cuando el objeto principal de la intervención es reducir el nivel de conciencia.
- **Sedación Secundaria**, cuando el descenso del nivel de conciencia es un efecto secundario de la administración de altas dosis de fármacos que se utilizan para el control de síntomas, y por tanto no buscada intencionalmente.

✓ TEMPORALIDAD

- **Intermitente**, cuando los pacientes pueden tener periodos de alerta.
- **Continua**, cuando el nivel de conciencia es mantenido constantemente bajo.

✓ INTENSIDAD

- **Superficial**, cuando permite algún tipo de comunicación verbal y no verbal.
- **Profunda**, cuando el paciente está inconsciente y no puede interactuar con el medio.

✓ MOMENTO

- **Sedación terminal o sedación en la agonía**: administración deliberada de fármacos para producir una disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima, con la intención de aliviar un sufrimiento físico (dolor o disnea) y/o psicológico (crisis de ansiedad) inalcanzable con otras medidas, y con el consentimiento explícito, implícito o delegado del paciente.
- **Sedación paliativa**: administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito, implícito o delegado



2. PROCEDIMIENTO SEDACIÓN

MATIA
FUNDAZIOA

Avanzamos por un bienestar mayor

MEDICAMENTOS

- Midazolam (15 MG/3 ML)

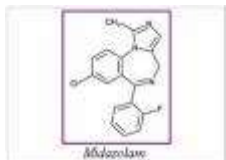
Dosis techo 160 mg/24 h

Agitación paradójica

Intervalo cada 4 horas

Inicio 5-10'; t ½ 2-5 h

Elección disnea, dolor, hemorragia



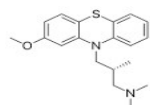
- Levomepromazina (25 MG/1ML)

Dosis techo 200-300 mg/24 h

T ½ 15-30 h

Intervalo cada 6 h

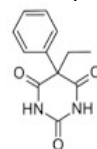
Iniciar si delirium



- Fenobarbital (200 MG/1ml)

T ½ 50-150 h

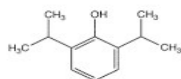
Sedación de agonía



- Propofol (10 MG/ML)

Vía venosa.

T1/2 40'-1 h



Dosis (vía sc)

Inducción

Midazolam

- Sin BZD: 2.5-5 mg/15-20'; ICSC 15-30 mg/d

- Con BZD: 5- 10 mg/15-20'; ICSC 30-60 mg/d

LMP

12.5-25 mg bolus. Repetir/45'

ICSC 50-75 mg/d

FBB

Retirar BZD, opioides 50%

100-200 mg bolo/2h IM

ICSC 600-800 mg/d

Propofol

Vía IV, prof especializado

Mantenimiento

Dosis Inducción x dosis/24 h

Volumen infusión pequeño

Rescate

Midazolam = dosis inducción (1/6 DTD)

LMP = dosis inducción

FBB = dosis inducción

Propofol 50% dosis inducción

Rotación

MDZ-LMP: Reducir 50% MDZ, LMP /8h

GERIATRIA

Farmacocinética

Distr: ↓ H₂O, ↑ grasa

Elim: ↓ FG, función tubular

Farmacodinámica

BZD: ↑

BBT: ↑

Halotano: ↑

- Estado nutricional
- Comorbilidades, Polifarmacia, OH
- Nivel conciencia previo.

* MDZ: cada 6-8 h

Dosis ↓ 50% si psicoF

* LMP: cada 8 h

* FBB si CI cr <15 ml/min c/12-16 h

Puede ↑ agitación, delirium

HSA Я



PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL (PAI)

Confusional Assessment Method CAM

A. INICIO AGUDO Y CURSO FLUCTUANTE

B. INATENCIÓN

C. PENSAMIENTO DESORGANIZADO

D. NIVEL DE CONCIENCIA ALTERADO

VALORACIÓN: positivo en presencia de A + B +(C o D)

- Cuidados boca.
- Cuidados posturales.
- Curas paliativas.
- Ambiente.
- Presencia, comprensión, disponibilidad, privacidad...

	Val. Activa
▶ Medidas ambientales y farmacológicas que favorezcan el descanso nocturno	
Buen Control Analgésico	
Correcta Hidratación	
Mejoría nutricional	
Movilización Precoz, evitar restricciones físicas (sondas, vías)	
Corregir limitaciones sensoriales (gafas, audífonos, iluminación, timbres,...)	
Estimulación Cognitiva	

	Val. Activa
▶ Edad > 65	
Deterioro cognitivo-demencia	
Alteraciones del ritmo del sueño	
Alteraciones de la agudeza visual y/o auditiva	
Delirium Previo	
Deshidratación clínica y/o Na Alto y/o Urea Alta	
Albúmina < 3 gr/l	
Restricción Física, Sonda Urinaria	
Empleo de 3 o más fármacos, yatrogenia	
Cirugía reciente, anestesia general	
Enfermedad médica grave	
Infección	
Dolor	

MONITORIZACIÓN

ESCALA DE SEDACIÓN DE RAMSAY

NIVEL	
1	Agitado, angustiado.
2	Tranquilo, orientado y colaborador.
3	Respuesta a estímulos verbales.
4	Respuesta rápida a la presión glabellar o estímulos dolorosos.
5	Respuesta perezosa a la presión glabellar o estímulos dolorosos.
6	No respuesta.

✓ *Otras escalas:* Richmond, Glasgow, Likert.....

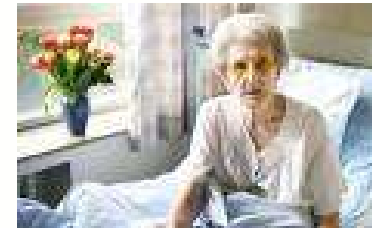
- Maltoni M, Scarpi E, Rosati M, Derni S, Fabbri L, Martini F, et al. Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review. J Clin Oncol. 2012; 30(12):1378-83.

- Barathi B, Chandra PS. Palliative Sedation in Advanced Cancer Patients: Does it Shorten Survival Time?- A Systematic Review. Indian J Palliat Care. 2013 Jan;19(1): 40-7.

USO INCORRECTO SEDACIÓN PALIATIVA

AECP

- Uso abusivo ; *eutanasia encubierta*
- Uso no indicado; síntomas no refractarios- *eutanasia lenta*
- Uso subóptimo:
 - * Retraso excesivo.
 - * Omisión entrevista paciente, familia, equipo.
 - * Desatención necesidades familia o equipo.
 - * Seguimiento insuficiente.
 - * Desatención necesidades psicológicas o espirituales.
 - * Uso de medicamentos o dosis inadecuadas.



CONCLUSIONES

Objetivos final de vida; Planificación Avanzada Cuidados

- Modelo ACP sensible a necesidades cambiantes, respetando preferencias.
- Minimizar malestar físico, emocional, espiritual; maximizar **confort** y bienestar.
- Identificar síntoma refractario. Procedimentar , registrar y monitorizar sedación.
- Establecer canal **comunicación** continuo residente, familia.
- **Coordinación** de recursos asistenciales sociosanitarios.
- Disponibilidad equipos cuidados paliativos.



*“Cuando yo estoy, ella no está y cuando ella está,
yo ya no estoy, pero sí me preocupa el cómo morir.”
Epicteto*



MATIA

INSTITUTO GERONTOLÓGICO

