


MANEIG PRÀCTIC DEL FINAL DE VIDA. SEDACIÓ PALIATIVA, QUAN I COM?



Vanessa Linares R3
Carles Pulido R2
Xavier Martí R1
Tutor: Dr. Rabee Kazan
CAP Rambla

Índex de continguts

- 1) Definició de sedació pal·liativa
- 2) Procediment
- 3) Aspectes ètics
- 4) Selecció de fàrmacs i vies d'administració
- 5) Casos clínics



1. Definición de sedación paliativa

- “La sedación paliativa es la disminución deliberada de la conciencia de un paciente con **enfermedad incurable avanzada o terminal**, una vez obtenido el **oportuno consentimiento** mediante la administración de los fármacos indicados y a las dosis proporcionadas, con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible causado por uno o más **síntomas refractarios**”

(SECPAL 2021)

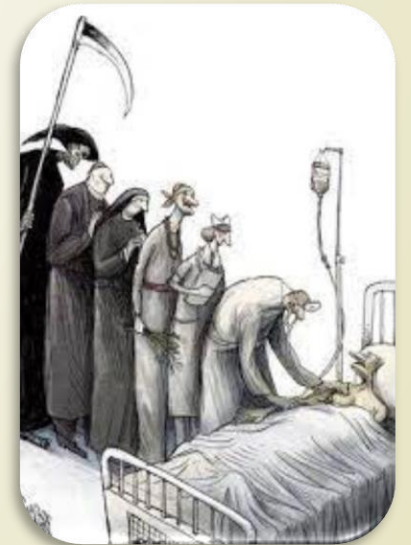
1.1 Tipus de sedació paliativa

- Sedació paliativa en agonia: Quan el malalt es torba en els últims dies o hores de vida per disminuir el el sofriment intens. Contínua i profunda
- Sedació intermitent: De forma transitòria amb l'objectiu de retirar en un plaç de temps determinat per reevaluar la persistència o no del sofriment



1.2 Malaltia incurable avançada o terminal

- Malaltia de curs gradual i progressiu, sense resposta a tractaments curatius disponibles que evolucionarà a la mort un curt o mitjà plaç en un context de fragilitat i pèrdua d'autonomia progressiva
- S'acompanya habitualment de múltiples símptomes que causen un gran impacte emocional al malalt i als familiars
- Si la previsió de mort és a curt plaç (dies/setmanes) es sol anomenar també **malaltia terminal**



1.3 Síntoma refractari

- És aquell que no pot ser adequadament controlat amb els tractaments disponibles en un plaç de temps raonable
- No hi ha més opcions terapèutiques disponibles
- En aquests casos l'alleujament del patiment requereix la sedació paliativa
- L'expectativa de supervivència és tan curta que els possibles tractaments són considerats fútils.



1.4 Consentiment informat

- Pot ser explícit, implícit o delegat
- Incloure a la família
- Si el pacient és incompetent, la decisió recau en la família o propers
- No és necessari que sigui escrit
- Solució: previsió
- Excepcions (voluntat del pacient i necessitat terapèutica)

A favor

- Autonomia
- Dret entendre i conèixer el procés i conseqüències

- No maleficiència
- Impacte emocional
- Major sofriment

En contra

2. Procediment

- Indicació: Sofriment intolerable per un símptoma refractari
- Obtenció del consentiment informat del pacient o dels representants
- Prescripció de fàrmacs adequats
- Avaluació continuada supervisada per el metge



3. Aspectes ètics. Com assegurar que es realitza correctament?

- El registre a la història clínica ha de ser la següent:
 - Resum de la situació global del pacient i el pronòstic de supervivència estimat.
 - Quin símptoma refractari indica la Sedació Pal·liativa.
 - Què ha fet que el símptoma sigui refractari (intents de tractament que han fallat o no estan indicats a causa de la situació del pacient o per trobar-se en situació agònica).
 - Qui dóna el consentiment (si el pacient no pot donar el consentiment explicar la raó).
 - Fàrmacs administrats, ajust de dosi i avaluació de la sedació

4) Elección de vía

- Vía endovenosa
 - Más rápida
 - Requiere ambiente hospitalario
 - Indicada si anasarca/trombocitopenia
- Vía subcutánea
 - Sedación en domicilio
- Otras vías



¿Cuál de los siguientes fármacos juega un rol más importante en una bomba de sedación?

1. Buscapina

1. Midazolam

1. Paracetamol

1. Morfina



Fármacos sedantes

- Benzodiazepinas, neurolepticos, barbitúricos, propofol
- NO Mórnicos!

- Evaluación de Ramsay

NIVEL	
1	Agitado y ansioso
2	Tranquilo y colaborador
3	Despierta bruscamente con estímulo verbal o percusión glabelar
4	Respuesta perezosa a estímulo glabelar
5	Respuesta a estímulos dolorosos
6	No respuesta

Fármacos sedantes : Midazolam

- Individualizar según paciente
- Vía subcutánea
 - Bolus cada 4 horas, 2'5-10mg
 - Mantenimiento: Suma de dosis requeridas las primeras 24h
 - Rescate: 1/6 de la dosis total diaria.
- Vía endovenosa
 - Inducción: 1'5-3'5 mg cada 5 minutos, hasta lograr sedación
 - Mantenimiento: Sedación x6 cada 24h
 - Rescate: Igual que la dosis de mantenimiento



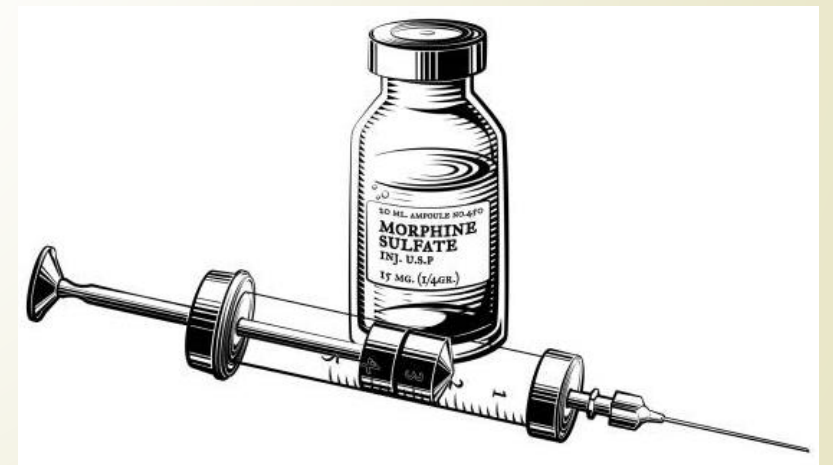
Otros fármacos sedantes

- Levomepromazina:
 - Delirium refractario
 - Refractario o intolerancia a midazolam
- Si no logramos inducción...
- Fenobarbital (subcutáneo)
- Propofol (endovenoso)



Otros fármacos

- Dolor:
 - **Sólo opioide**, retirar otros analgésicos.
 - Valorar inicio de morfina 15-30 mg/24 h sc.
- Dispnea
 - Morfina, a dosis más bajas
- Náuseas
 - Individualizar según etiología
 - Antieméticos por vía e.v.



Otros fármacos

- Estertores
 - Informar a la familia
 - Escopolamina 0'5-1mg/ 4-6h
- Fiebre
 - Tratar si genera disconfort a la familia
 - Paracetamol (e.v. o rectal)

... retirar el resto!



Caso Clínico

- ▶ Paciente femenina de 60 años con AP: Intolerancia a AAS
- Exfumadora
- ▶ Historia Oncológica



¿Y ahora?

Paciente paliativa, se enlaza con servicio, primera valoración

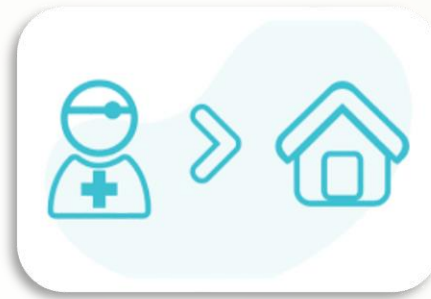
➤ ¿Qué debemos saber?

Situación	Tratamiento	Expectativa/Planificación	Situación Social
<ul style="list-style-type: none">• Síntomas:<ul style="list-style-type: none">• Astenia• Apetito• Dolor: cervical 0/4, Lumbosacro 0/4, Torácico 1/4 (tto)• Insomnio 2/4 (tto)• Estreñimiento 2/4• Estado de ánimo• Inestabilidad• Parestesias ESD	<ul style="list-style-type: none">• Palexia 150 mg 1-0-1• Lyrica 150 mg 1-0-1• Diazepam 5 mg 0-0-1• Alprazolam 0,21 mg 0-0-1• Eutirox 37,5 mg 1-0-0• Dexamentasona 4 mg 1-0-0• Movicol 1-0-1• Omeprazol 20 mg 1-0-0• Rescate: Sevredol 10 mg	<ul style="list-style-type: none">• Autónoma• Informada del estadio de la enfermedad, pronóstico y tipo de tratamiento.• Solicita soporte en toma de decisiones, y control de síntomas• Si SUD: Manejo domiciliario con medidas de confort	<ul style="list-style-type: none">• Casada, 2 hijos independientes• Marido cuidador ppal• Familia informada de Dx y de acuerdo con manejo domiciliario• Vive en piso propio, sin ascensor..• Precisa y dispone de material ortopédico para caminar

➤ Control de síntomas, aunque progresión de la enfermedad...

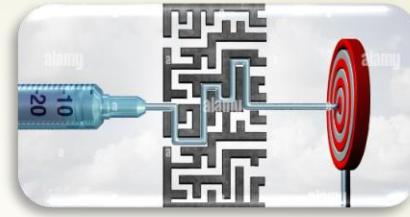
Situación de últimos días

- ▶ Familia refiere mal manejo del dolor, disfagia, anorexia, astenia, dificultad para deambular de rápida evolución



- ▶ EF: Mal estado general. No úlceras de presión. AC: anodino. Sat O2 AA 93%. AR: hipofonesis, algún roncus diseminado. Abdomen anodino. NRL: Somnolencia, responde a estímulos verbales. Facias de dolor. Hemiplègia derecha.





CONFORT!

- Se comenta con marido la situación clínica y optimización del control de síntomas: el confort de la paciente.
- Explicamos en caso de presentar síntomas refractarios y/o situación de agonía plantearemos iniciar sedación paliativa. Entiende la situación clínica y se esta de acuerdo con actitud terapéutica planteada.

¿Qué podemos ofrecer?

- Se propone iniciar infusión continua subcutánea de sulfato de morfina (60mg/24h) y revalorar en 24 horas.



- Mejoría del dolor, encamada, gran inestabilidad, anorexia. Aún -> SUD
- Comentamos a la paciente y a la familia la situación y para garantizar el confort se recomienda iniciar sedación paliativa.
 - Paciente y familia están de acuerdo en iniciar la sedación.

- Colocamos VS para infusión con bomba elastomérica:

- Midazolam (60mgrs/24h= 4 viales; precisa 15mgrs para inducción)
- Sulfato de morfina (60mgrs/24h)
- Escopolamina (3mgr/24h= 6 viales)
- Haloperidol (3 viales/24h)

- Se asesora a la familia sobre los trámites en caso de defunción.



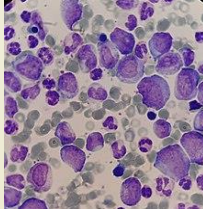
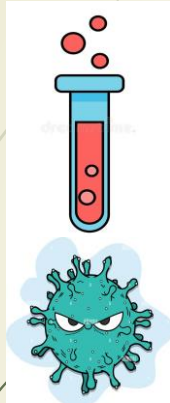
Caso Clínico Hospitalario



- ▶ Paciente femenina de 93 años
- ▶ AP:
 - ▶ HTA
 - ▶ FA en tratamiento con sintrom
 - ▶ ICC
 - ▶ ERC.
 - ▶ Vive con su hija, dependiente para las actividades de la vida diaria.
- ▶ MC: La hija refiere deterioro en las últimas 2 semanas con astenia y malestar general. Niega fiebre ni clínica respiratoria. Presentó episodio de lipotimia por lo que avisaron al SEM. Tiene TAR del 18/02 positivo.



- ▶ A su llegada no se logra titular valores de TA ni SatO₂, tras 3 descargas de SF, TA 110/600 FC 100 FR 16 SatO₂ AA 90-97%, Temp 35°C
- ▶ Paciente en mal estado general, palidez mucocutanea
- ▶ AC: Tonos arrítmicos, soplo sistólico 5/6, no edemas en EEII
- ▶ AR: MVC, crepitantes bibasales
- ▶ Abdomen: anodino
- ▶ Neurológico: Consciente, orientada en persona, responde a ordenes, Glasgow 15/15



- ▶ Pruebas complementarias:
- ▶ Hg 5.4 (prev 10: 7/21), **trombocitopenia**, Leucocitosis 28.650, Neut 9% bandas, Neut 14.040, Linf 3.440 **Blastos 2.290**, **Mielocitos 3.440 Metamielocitos 2.860** (No conocido), FRA sin alteraciones, IRA, Coagulopatía, Acidosis Metabólica con, Lact 8,
- ▶ PCR-SARS-CoV2: Positiva
- ▶ TAC Toracoabdominal: Derrame pleural bilateral. En ambos campos pulmonares múltiples infiltrados de distribución periférica.
- ▶ Frotis SP: células blásticas de pequeño tamaño con citoplasma muy escaso y agranular. Eritroblastos. Clumping nuclear con hiposegmentación e hipogranulación en la serie granulocítica. Anisotrombia importante.



- OD: Shock hipovolémico en contexto de Leucemia Aguda de debut
- A pesar de tratamiento activo, persiste inestabilidad hemodinámica
- Se avisa a familia de mal pronóstico actual, se le permite entrada a servicio de URG
- Se plantea a la paciente y familia, ante diagnóstico y situación actual, iniciar bomba de sedación

¿Qué medicación utilizaríamos?

- ✓ **Midazolam**
- ✓ Morfina
- ✓ Haloperidol
- ✓ Escopolamina



Take Home Message



- Priorizar todas las medidas de confort posibles
- Siempre comunicar al paciente, y familiares, planes terapéuticos o no, y tomar una decisión en conjunto, respetando la voluntad del paciente
- Evitar llevar un discurso dirigido que pueda coaccionar decisiones
- Valorar el entorno y soporte que dispone el paciente
- En una perfusión de sedación SIEMPRE debe haber un sedante
- Tomar en cuenta los antecedentes y medicación previa al momento de elegir la medicación de la bomba
- El confort no siempre son medicamentos o procedimientos, también lo es, el acompañamiento

¿Preguntas?





Thank
you x



Bibliografía

- ↵ Guía de Sedación Paliativa. SECPAL 2021
- ↵ Control de síntomas en pacientes con cáncer. ICO 4ª Edición, 2019