



TOLEDO

SUFRIMIENTO, SÍNTOMAS REFRACTARIOS Y SEDACIÓN EN CUIDADOS CONTINUOS

I Symposium Cuidados Continuos
SEOM

Toledo 1 octubre del 2004

Jaime Sanz-Ortiz





TOLEDO

SUMARIO

- **Importancia del problema**
- Síntomas refractarios
- Sedación terminal
- Filosofía moral y Marco legal
- ¿Cómo se induce la sedación terminal?



IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

- Morir bien de cáncer sigue siendo una meta difícil de alcanzar
- En la etapa final de la vida sólo un programa integrado y holístico de cuidados continuos puede aliviar el sufrimiento y promover la autonomía del paciente
- Encontramos personas con:
 - múltiples síntomas no controlados,
 - conflictos internos no resueltos,
 - miedos,
 - sentimientos de culpa
 - e intenso sufrimiento
- El enfermo desahuciado tiene vida, pero no la disfruta sólo la padece
- En España hubo 97.714 muertes por cáncer en año 2001



INDICADORES ÁREA HOSPITALIZACIÓN

	<u>Año 2002</u>	<u>Año 2003</u>
Total Ingresos	731	713
Total Altas	736	713
Total Fallecidos	182	189
Tasa Mortalidad	24,7	26,0
% Necropsias	32,4	27,4
Estancias totales	5501	5354
Estancia Media	7,5	7,5
Camas ocupadas/día	15,1	14,7



MEDIOS DE “ORQUESTACIÓN” DEL FINAL DE LA VIDA

1. Retirar o no poner tratamientos que mantienen la vida
 - 84% de muertes en hospital (*Arch Intern Med* 1996; 156: 2130-6)
2. Petición de eutanasia activa voluntaria
 - Legal en Holanda y Bélgica (*Palliative Medicine* 2003; 17: 97-101)
3. Suicidio médicamente asistido
 - Legal en estado de Oregón (EE.UU), Estonia y Suiza (*Palliative Medicine* 2003; 17: 97-101)
4. Rechazo voluntario de alimentación y líquidos
 - Permitido por ley
5. Sedación paliativa (*Ann Intern Med* 2004; 141: 178-85)
 - 52% médicos en Holanda
 - 10% muertes en Holanda



SUMARIO

- Importancia del problema
- **Síntomas refractarios**
- Sedación terminal
- Filosofía moral y Marco legal
- ¿Cómo se induce la sedación terminal?



SÍNTOMAS REFRACTARIOS

- Los que no responden a: un tratamiento paliativo correcto e intenso, aplicado por profesionales bien entrenados y capacitados, sin comprometer el estado de conciencia.
 - Cherny NI, Portenoy NK. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care* 1994; 10: 31-38
- Categorías más frecuentes: dolor (51%), delirio agitación (38%), disnea (38%), sufrimiento psicosocial (11%), hemorragia masiva, ansiedad o estrés existencial.
 - Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos. *Med Pal (Madrid)* 2002; 9: 41-46
 - Physician report of terminal sedation without hydration or nutrition for patients nearing death in Netherlands. *Ann Intern Med* 2004; 141: 178-85



IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

- Incidencia de síntomas refractarios oscila entre 16% - 52%
 - Casos España anuales 25.000
 - *Cherny NI, Portenoy NK. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. J Palliat Care 1994; 10: 31-38*
- Incidencia dolor no aliviado 2-5% casos con las medidas paliativas disponibles
 - Casos España anuales 3.000
 - *Quill TE, Lo B, Brock DW. Palliative options of last resort: a comparison of voluntarily stopping eating and drinking, terminal sedation, physician-assisted suicide, and voluntary active euthanasia. JAMA 1997; 278: 2099-104*



SUMARIO

- Importancia del problema
- Síntomas refractarios
- **Sedación terminal**
- Filosofía moral y Marco legal
- ¿Cómo se induce la sedación terminal?



SEDACIÓN TERMINAL

- Administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, de un sufrimiento físico y/o psicológico, inalcanzable con otras medidas, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la consciencia en un paciente (con su consentimiento explícito, implícito o delegado) cuya muerte se prevé muy próxima.
- Es un “continuum” dentro del alivio de los síntomas
 - *Porta Sales J, Ylla-Catalá Boré A, Estibalez Gil I, Griman Malet A, Lafuerza Torres M, Nabal Vicuña C, et al. Estudio multicéntrico catalana-balear sobre la sedación Terminal en Cuidados Paliativos. Med Pal (Madrid) 1994; 6(4):153-158.*
 - *Chater et al. Sedation for intractable distress in the dying, a survey of experts. Palliat Med 1998; 12: 255-269.*
 - *Quill T et al. Responding to intractable terminal suffering: the role or terminal sedation and voluntary refusal of food and fluids. Ann Intern Med 2000; 132: 408-14.*



SEDACIÓN COMUNIDAD DE CANTABRIA

- Según datos de la Consejería de Sanidad de Cantabria en 1999 fallecieron 1.394 personas por cáncer.
 - 50% (697) estaban incluidos en un programa de cuidados paliativos.
 - 139 (20%) con síntomas refractarios necesitaron sedación terminal
- El Servicio de Admisión y Documentación Clínica del Hospital Marqués de Valdecilla registra 1.561 muertes en el año 2003.
 - 189 ingresados en Oncología
 - 85 (45%) recibieron sedación terminal
-

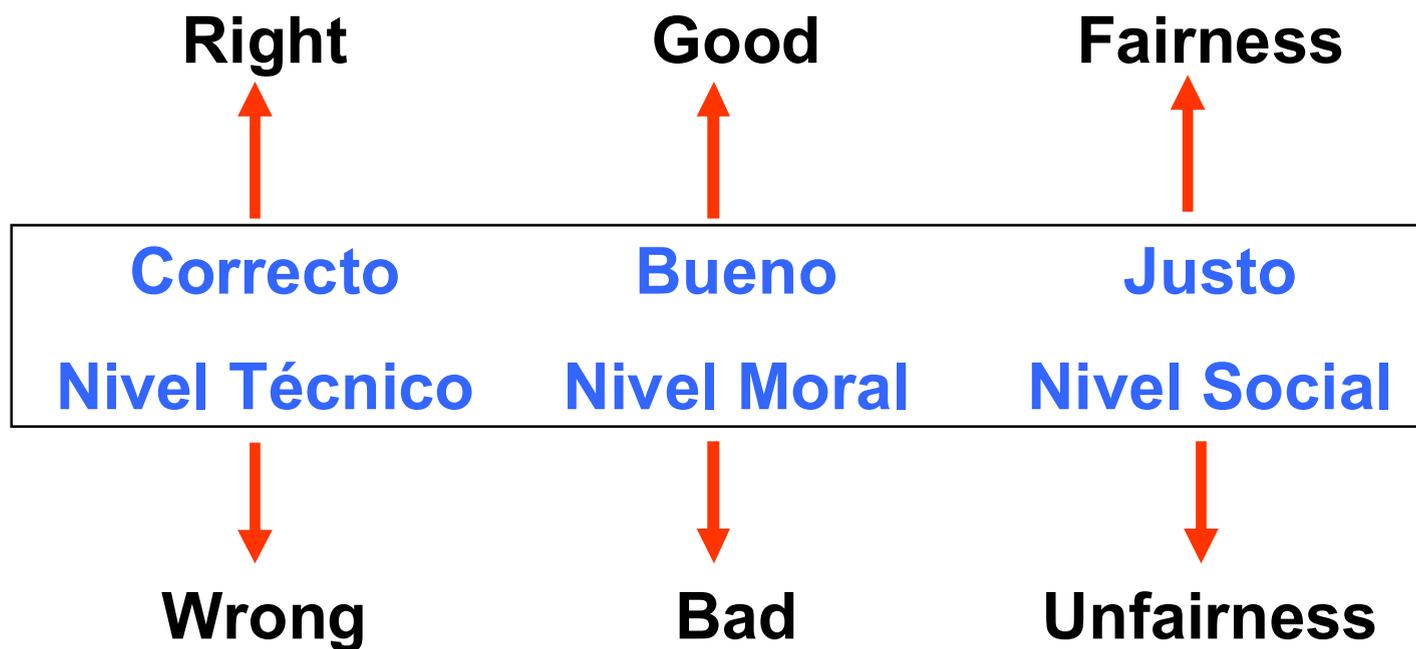


EL ACTO MÉDICO

- Antes de realizar un acto médico hay que saber
 - “por qué se hace”
 - “para qué se hace”
 - “cómo se hace”
- Para algunos profesionales no está clara la distinción entre tratamiento eficaz del dolor, sedación por síntomas refractarios y la eutanasia activa voluntaria



REQUISITOS ACTO MÉDICO





ENCUESTA SEDACIÓN EN UNIDADES CP

- 61 expertos en CP:
 - 89% la cree necesaria
 - 77% la practica
 - *Chater y cols. Sedation for intractable distress in the dying, a survey of experts. Palliat Med 1998; 12: 255-269.*



SITUACIONES SUBSIDIARIAS DE SEDACIÓN

- Síntomas físicos no aliviados:
 - disnea, dolor, delirio, vómitos, dolor, y agitación.
- Síntomas psicoemocionales no controlados:
 - Angustia de la fase terminal y el enfrentamiento con la propia muerte pueden ser insufribles para la persona consciente
- Petición del paciente consensuada con el equipo asistencial
- Previa a la extubación terminal
- Hemorragia masiva



SUMARIO

- Importancia del problema
- Síntomas refractarios
- Sedación terminal
- **Filosofía moral y Marco legal**
- ¿Cómo se induce la sedación terminal?



LA DECISIÓN ÉTICA

- Es aquella que intenta tomar en consideración todos los múltiples factores que están en juego:
 - en cada caso,
 - en cada momento y
 - en esas circunstancias
- siempre hay una decisión que es la mejor.



FILOSOFÍA MORAL

- Intención (beneficencia)
 - Recuperar el confort del enfermo (autonomía)
 - Administración de fármacos que protegen a los pacientes agonizantes de un sufrimiento intolerable (justicia)
 - No promover directamente la muerte (no maleficencia)
- Elección del Medio (deliberación)
 - Respeto principios éticos y legalidad vigente
 - Ponderación (análisis consecuencias: principio doble efecto)
 - Sedación terminal
- Método de aplicación (prudencia)
 - Inducción de sueño reversible con medidas farmacológicas
 - Profundidad mínima necesaria para mantener la inconsciencia



ACCIONES NO CATEGORIZADAS COMO EUTANASIA

Palliative Medicine 2003; 17: 97-101

- No poner tratamientos fútiles
- Quitar tratamientos fútiles
- Sedación terminal

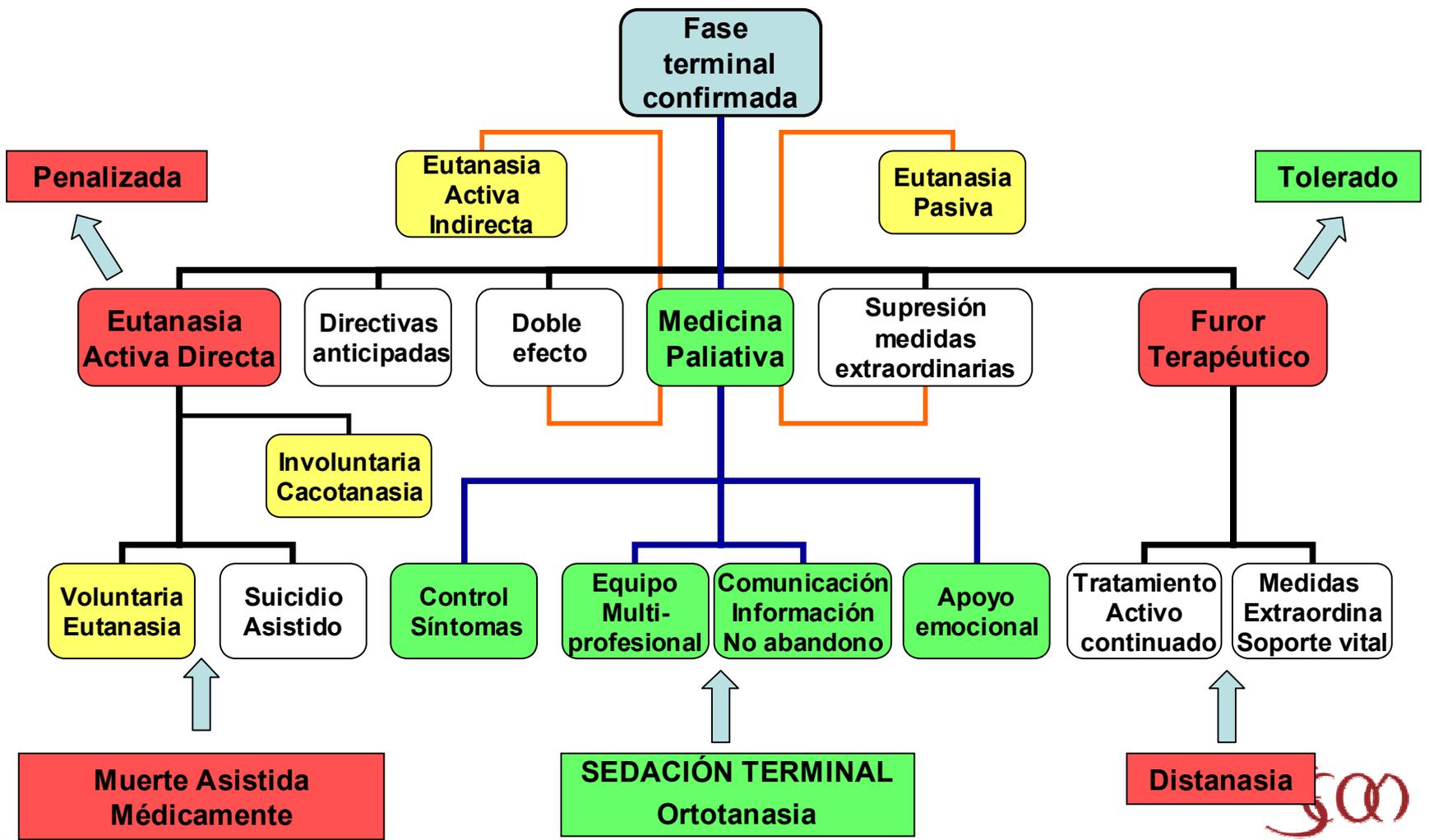


PRINCIPIO DOBLE EFECTO

- Descrito por primera vez por Tomás de Aquino siglo XIII.
- Es otra forma de expresar el principio de no maleficencia.
- Distingue entre las consecuencias de un acto y su intencionalidad.
- Un acto único tiene dos efectos uno bueno y otro dañino.
- El efecto negativo está moralmente permitido sino ha sido nuestra intención provocarlo.



ÁRBOL DECISIONES FINAL DE LA VIDA



500



PRINCIPIO DOBLE EFECTO: Condiciones para ser aceptado 1.

- La naturaleza del acto. Debe ser bueno o moralmente neutral (independientemente de sus consecuencias).
- Intención del agente. Debe buscar sólo el efecto bueno. El efecto dañino potencialmente previsto es tolerado y permitido, pero no debe ser intencional.



PRINCIPIO DOBLE EFECTO: Condiciones para ser aceptado 2

- Distinción entre los medios y los fines. El resultado negativo no debe ser un medio para conseguir el efecto positivo.
- Proporcionalidad entre el resultado positivo y el efecto negativo. Los efectos negativos sólo son permisibles si están compensados proporcionalmente con los efectos positivos.



SEDACIÓN Y PRINCIPIO DE AUTONOMÍA

- Hay enfermos que muriendo de forma dramática no nos permiten ayudarles
 - Disnea por linfangiosis carcinomatosa.
 - Dolor como medio de sublimación espiritual.
- No quieren dormir en la noche.
- Rechazan hipnóticos y morfina.
- Nunca deben ser sedados en contra de su voluntad.



TOLEDO

SUMARIO

- Importancia del problema
- Síntomas refractarios
- Sedación terminal
- Filosofía moral y Marco legal
- **¿Cómo se induce la sedación terminal?**



HISTORIA FÁRMACOS INDUCTORES DE SEDACIÓN

- 1970 “Cocktail Lítico”.
 - Supresión del sistema vasomotor irreversible. Induce directamente la muerte.
 - Largactil[®] (neuroléptico) + Fenegan[®] (prometacina) + Dolantina[®] (opioide)
- 1980 Rohipnol[®] (benzodiazepina)
 - Sueño reversible
- 1990 Opiode (morfina) + Midazolán (Dormicum[®])
 - Reversible
- 2000 Propofol (Diprivan[®]) inyectable



CARACTERÍSTICAS DE LOS FÁRMACOS UTILIZADOS

- Comienzo de acción rápido
- Fáciles de titular
- Vida media corta
- Vía de administración inyectable
- Fármacos disponibles:
 - Opioides: morfina
 - Benzodiacepinas: Midazolan, Rohipnol
 - Neurolépticos: haloperidol, droperidol.
 - Barbitúricos: fenobarbital, pentotal
 - Anestésicos: propofol, ketamina



SITUACIONES RESISTENTES A BENZODIACEPINAS + OPIOIDES + NEUROLÉPTICOS

- **Primero:**
 - de forma inicial es necesario titular a pie de cama la dosis mínima eficaz a administrar para alcanzar el sueño confortable
- **Segundo:**
 - Calcular la dosis total basal a administrar en 24 horas
- **Tercero:**
 - Conseguir la perfusión continua
 - Incrementar la dosis si fuera necesario
- **Fármacos alternativos: barbitúricos y propofol**
 - Sedación para el sufrimiento intratable (resistente a benzodiacepinas) en un paciente agonizante
 - Necesaria la presencia de un anestesiólogo
 - Más enmarcados en principio de doble efecto
 - Son los fármacos de elección para la eutanasia en Holanda



FÁRMACOS ALTERNATIVOS CONTRA SUFRIMIENTO INTOLERABLE

- Fármacos:
 - Fenobarbital 200 mg iv de 2 a 4 veces día. Perfusión continua
 - Propofol (Diprivan): 2,6 diisopropilfenol. Perfusión continua 2,5-5 mg/kg/min (10-20mg/hora)
 - Es muy semejante a los barbitúricos de acción corta como el pentotal
 - Inicio de acción más rápido y duración mucho más corta
 - Es necesario titular cada 10´ a pie de cama
 - Nuestra recomendación es administrarlos solos, no con otros depresores del SNC si no es necesario (opioides)
- *Krakauer EL, Penson RT, Truog RD, King LA, Chabner BA, Lynch JT. Sedación para el sufrimiento intratable de un paciente agonizante: cuidados paliativos agudos y principio del doble efecto. The Oncologist 2000; 5: 57-67*

Table 2. Medications Used for Terminal Sedation*

Medication	Type	Usual Starting Dosage	Usual Maintenance Dosage	Route
Midazolam	Rapid, short-acting benzodiazepine	0.5–1.5 mg/h after bolus of 0.5 mg	30–100 mg/d	Intravenous or subcutaneous
Lorazepam	Benzodiazepine	1–4 mg every 4–6 h orally or dissolved buccally; infusion of 0.5–1.0 mg/h intravenously	4–40 mg/d	Oral, buccal, subcutaneous, or intravenous
Propofol	General anesthetic; ultrarapid onset and elimination	5–10 mg/h; bolus doses of 20–50 mg may be administered for urgent sedation, but continuous infusion is required	10–200 mg/h	Intravenous
Thiopental	Ultrashort-acting barbiturate	5–7 mg/kg of body weight to induce unconsciousness	Initial rate may range from 20 to 80 mg/h; average maintenance rates range between 70 and 180 mg/h	Intravenous
Pentobarbital	Long-acting barbiturate	2–3 mg/kg, slow infusion, to induce unconsciousness	1 mg/h, increasing as needed to maintain sedation	Intravenous
Phenobarbital	Long-acting barbiturate	200 mg loading dose, repeated every 10–15 minutes until patient is comfortable	Approximately 50 mg/h	Intravenous or subcutaneous

* Adapted from references 32, 33, and 60–64. Goal of treatment is to relieve suffering by inducing sedation. Dosage should be increased by approximately 30% every hour until sedation is achieved. Once desired level of sedation is achieved, infusion is usually maintained at that level as long as the patient seems comfortable. If symptoms return, dosages should be increased in 30% increments until sedation is achieved. The ranges above are representative. Individual patients may require lower or higher doses to achieve the desired goal. Previous doses of opioids and other symptom-relieving medications should be continued.

Quill T et al. Responding to intractable terminal suffering: the role of terminal sedation and voluntary refusal of food and fluids. Ann Intern Med 2000; 132: 408-14.





PROPOFOL - 1

- Diprivan Zeneca: 2,6 diisopropilfenol.
- Anestésico vía iv para sedación.
- Ampliamente utilizado en la sedación de pacientes con ventilación mecánica en UCI
- Viales de 100 mg 10mh/ml.
- Inhibidor recaptación de GABA.
- Pasa barrera hematoencefálica.
- Rápidamente eliminado de la sangre por metabolismo hepático.
- Solución con elevado contenido lipídico. Peligro infección venosa
- Titulación a cabecera de enfermo. Presencia necesaria de una anestesista



PROPOFOL - 2

- Comienzo acción 30 segundos. Duración 5 minutos.
- Vida media 1 hora (más corta que midazolán y fenobarbital)
- Nivel sedación se controla fácil titulando cada 10´ velocidad de perfusión 10-40mg/hora.
- Dosis 2.5-5 mg/kg/minuto. Dosis terapéutica oscila entre 5 y 200mg/hora.
- Aparece tolerancia siendo necesaria escalada de dosis
- Otros efectos beneficiosos:
 - Ansiolítico, antiemético, antipruriginoso, anticonvulsivante, antimioclónico, relajante muscular y broncodilatador
- Efectos secundarios:
 - Inotrópico negativo.
 - Vasodilatación periférica: Hipotensión (especialmente combinado con opioides)
 - Depresión respiratoria y apnea en sobredosis.
 - Dolor venas periféricas



- Mantén a los que amas cerca de ti, diles al oído lo mucho que los necesitas, quiérelos y tratalos bien, toma tiempo para decirles "lo siento", "perdóname", "por favor", "gracias" y todas las palabras de amor que conoces.
- Nadie te recordará por tus pensamientos secretos. Pide al señor la fuerza y sabiduría para expresarlos. Demuestra a tus amigos cuanto te importan.

Gabriel García Márquez

