

SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS.

SEDACIÓN PALIATIVA

Dr Isidoro Hidalgo Campos. Médico de Familia. Médico ESAD Mallorca.

A large yellow triangle is positioned in the bottom right corner of the slide, pointing towards the top right.

ÍNDICE

1. SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS (SUD):

- CONCEPTO.
- RECONOCIMIENTO DE LA SUD.
- ABORDAJE DEL PACIENTE EN SUD: REGLA " **LUCIASE** ".
- ALGORITMO DE MANEJO DE SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS (SUD).
- CONTROL DE SÍNTOMAS EN SUD (PAUTAS VÍA SC).

2. SEDACIÓN PALIATIVA:

- CONCEPTO, REQUERIMIENTOS ÉTICOS Y ASPECTOS LEGALES.
- INDICACIONES, FÁRMACOS Y ESCALA DE RAMSAY.

3. CASO CLÍNICO: JOAN.

SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS (SUD)

CONCEPTO

- **Periodo** que precede a la muerte cuando esta se produce de forma gradual y que aparece en la fase final de muchas enfermedades.
- **Inicio:** suele ser insidioso, aunque reconocible.
- **Duración:** Habitualmente es inferior a una semana, por término medio 2-3 días (pronóstico de vida de días u horas).
- **Etapa dura y delicada,** con gran inestabilidad clínica y emocional.
- **Características:** se acompaña de deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la consciencia, y dificultad de relación e ingesta.

DIAGNÓSTICO Y RECONOCIMIENTO DE LA SUD

ENFERMEDAD AVANZADA / TERMINAL + ANOREXIA CON PÉRDIDA DE VÍA ORAL + POSTRACIÓN + DELIRIUM HIPOACTIVO (SOMNOLENCIA) O HIPERACTIVO (AGITACIÓN) + OTROS SÍNTOMAS FRECUENTES: CAMBIOS DEL PATRÓN RESPIRATORIO, APNEAS, ESTERTORES, DISFAGIA, ANURIA, CIANOSIS LABIAL, FRIALDAD O PALIDEZ NASAL, FRIALDAD DE EXTREMIDADES, LIVIDECES.

ESCALA DE MENTEN: identifica 8 signos característicos en esta fase: frialdad o palidez nasal, frialdad de extremidades, livideces, cianosis labial, anuria (< 300 ml/día), estertores, apneas > 15 sg, somnolencia (> 15 h/día). Se habla de situación de **AGONÍA** cuando se cumplen al menos 4 criterios (90 % de fallecer en < 4 días).

ABORDAJE DEL PACIENTE EN SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS (SUD)

- REQUIERE UN ABORDAJE ESPECIAL, CON ESTOS PUNTOS CLAVES:
 1. DECIDIR EL **LUGAR** PARA MORIR.
 2. CUIDADOS DE **CONFORT**.
 3. **INFORMACIÓN** Y **ACOMPañAMIENTO**.
 4. CONTROL DE **SÍNTOMAS**.
 5. **ÉXITUS**.

REGLA
" LUCIASE "

DECIDIR EL LUGAR DE LA MUERTE

- **HOSPITAL VS DOMICILIO:**

- RESPETAR LOS DESEOS DEL PACIENTE / FAMILIA.
- PUEDEN CAMBIAR DE OPINIÓN (EXPLICAR QUE LAS 2 OPCIONES SON VÁLIDAS).

- **PREMISAS PARA MANEJO DE SUD EN DOMICILIO:**

- DESEOS Y PREFERENCIAS DEL PACIENTE / FAMILIA.
- PERSONAS CUIDADORAS COMPETENTES.
- SOPORTE ADECUADO DE PROFESIONALES SANITARIOS.

CUIDADOS DE CONFORT

- **MEDIDAS FÍSICAS:** ADAPTARLAS A LA SITUACIÓN DEL PACIENTE, PRIORIZANDO EL CONFORT.
 - **Cuidados de la boca:** mantener la boca limpia y evitar sequedad y acumulación de residuos:
 - Hidratar / humidificar / limpiar la boca y los labios con una gasita empapada en agua o manzanilla.
 - Valorar retirada de prótesis dentales.
 - **Cambios posturales:** minimizarlos, mantener una postura cómoda y confortable, realizar movilizaciones suaves, solamente si son necesarias.
 - **Higiene, cuidados de la piel y curas:**
 - Hidratar la piel con masajes suaves con cremas hidratantes, siempre que no sea molesto.
 - Coincidir la higiene con las curas (intención paliativa) para minimizar molestias.
 - Si las maniobras o curas son dolorosas, pautar analgesia SL o SC, 30 minutos antes.
 - **Eliminación:**
 - Cambios de pañal: solo si son necesarios.
 - Evitar el uso de enemas: el estreñimiento no suele incomodar en esta fase.
 - Si está agitado y presenta retención aguda de orina o fecaloma: valorar sondaje vesical o medidas rectales si son necesarias.

CUIDADOS DE CONFORT

- **MEDIDAS AMBIENTALES:**

- Priorizar constantes de confort (comodidad, descanso, serenidad).
- Garantizar tranquilidad en el ambiente cercano del paciente. Evitar ruidos.
- Regular y pactar las visitas.
- Reforzar la presencia física.

- **MEDIDAS ORGANIZATIVAS:**

- **Evitar la toma de constantes vitales y estudios o medidas agresivas o innecesarias.**
- **Alimentación e hidratación:**
 - Si dificultad para la ingesta: no forzarla.
 - Si pérdida de vía oral, explicar a los familiares la no procedencia de hidratación y alimentación en esta fase.
- **Fármacos:**
 - Simplificar el tratamiento, suspender tratamientos innecesarios.
 - Instrucciones concretas por escrito para control de síntomas presentes, con pautas fijas y rescates si precisa por cambios evolutivos.
 - Vía subcutánea: usar si pérdida de vía oral. No diluir la medicación ni lavar la vía.

INFORMACIÓN

Y

ACOMPAÑAMIENTO

(UNIDAD PACIENTE /
FAMILIA - CUIDADOR)

- **Hablar con el paciente y la familia / personas cuidadoras sobre:**
 - **Sus últimas voluntades, sus deseos y preferencias respecto a la atención al final de la vida:**
 - Decidir el lugar para morir: hospital vs domicilio.
 - Describir y explicar los diferentes escenarios del final de vida.
 - **Preguntar sobre presencia de síntomas:**
 - DOLOR (valorar expresión facial, quejidos, etc),
 - DISNEA, APNEAS,
 - ESTERTORES,
 - AGITACIÓN O INQUIETUD,
 - ANURIA,
 - OTROS SÍNTOMAS.

INFORMACIÓN

Y

ACOMPañAMIENTO

(UNIDAD PACIENTE /
FAMILIA - CUIDADOR)

- Dar la información necesaria y adecuada:
 - Usar un **lenguaje sencillo, evitando tecnicismos.**
 - Dar **mensajes breves** en tono calmado.
 - Dar **información del proceso:** explicar el significado de los estertores, cambios en la respiración, aparición de apneas, pérdida de la vía oral, postración.
 - **Responder a las preguntas o dudas.**
- Ante situaciones de crisis:
 - **Informar y preparar a la familia y/o personas cuidadoras, de la actuación frente al paciente, con el objetivo de evitar malos recuerdos o duelos complejos.**
 - Dejar **pautas por escrito.**
 - **Adiestrarles en el manejo de la vía SC.**

INFORMACIÓN

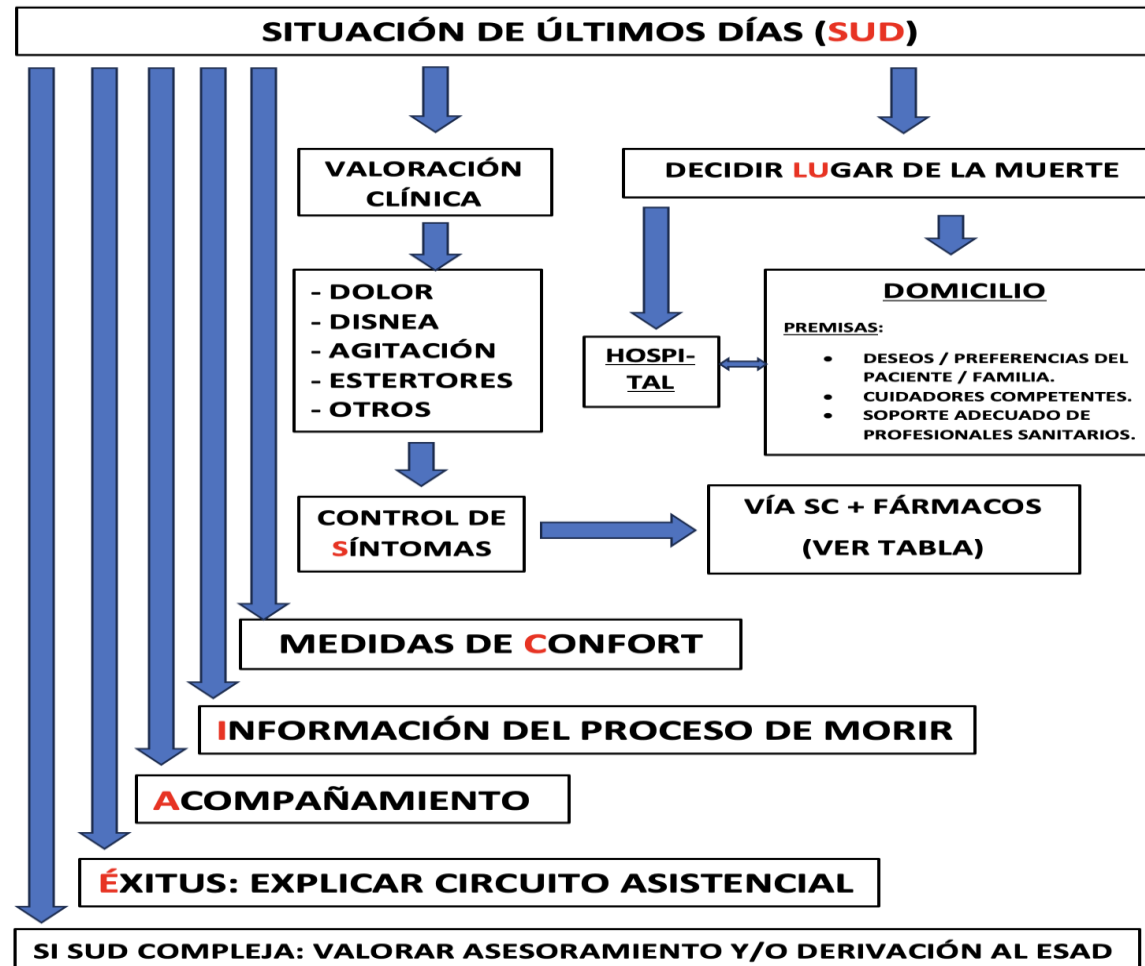
Y

ACOMPAÑAMIENTO

(UNIDAD PACIENTE /
FAMILIA - CUIDADOR)

- **Dar soporte emocional:**
 - Favorecer la expresión de sentimientos.
 - Actitud de escucha, respeto y afecto.
 - Cuidar los aspectos espirituales y religiosos.
 - Ofrecer disponibilidad y seguimiento.
- **SI ÉXITUS:**
 - **Explicar ruta asistencial:**
 - Avisar al 061 para que un médico acuda a certificar la muerte.
 - Tener a mano el DNI del paciente.
 - Avisar a los servicios funerarios (funeraria y/o seguro de decesos, si lo tiene).
 - **Seguimiento posterior:** llamada o visita de duelo.
- **Si SUD compleja:** valorar contactar con ESAD para asesoramiento y/o derivación, si se precisa.

ALGORITMO DE MANEJO DE LA SUD



RECONOCIMIENTO DE SUD:

ENFERMEDAD AVANZADA / TERMINAL + ANOREXIA CON PÉRDIDA DE VÍA ORAL + POSTRACIÓN + DEBILIDAD EXTREMA + DELIRIUM HIPOACTIVO (SOMNOLENCIA) O HIPERACTIVO (AGITACIÓN) + OTROS SÍNTOMAS FRECUENTES: APNEAS, CAMBIOS DEL PATRÓN RESPIRATORIO, ESTERTORES, LIVIDECES, CIANOSIS LABIAL, FRIALDAD NASAL Y DE EXTREMIDADES, DISFAGIA, ANURIA.

REGLA

" LUCIASE "

CONTROL DE SÍNTOMAS EN SUD (PAUTAS VÍA SC)

SÍNTOMAS	PAUTAS VÍA SC (¡¡¡ SIN DILUIR LAS AMPOLLAS NI LAVAR LA VÍA SC !!!). PALOMILLA 22-23 G. ZONAS INFRACLAVICULARES/PECTORALES Y BRAZOS.
DOLOR	<ul style="list-style-type: none"> • MORFINA: <ul style="list-style-type: none"> • SIN TRATAMIENTO PREVIO: 2,5-5 MG/4 H. • CON TRATAMIENTO OPIOIDE PREVIO: PASAR DOSIS DIARIA VO A VÍA SC (½ DE DOSIS ORAL; REPARTIR CADA 4 H). • RESCATES: 1/6 DE LA DOSIS TOTAL DIARIA. • REVISAR EN 24 H Y AÑADIR RESCATES A LA DOSIS TOTAL DIARIA. • SI PARCHE DE FENTANILO PREVIO: MANTENERLO.
DISNEA	<ul style="list-style-type: none"> • MORFINA: <ul style="list-style-type: none"> • SIN TRATAMIENTO PREVIO: 2,5-5 MG/4 H. • CON TRATAMIENTO OPIOIDE PREVIO: AUMENTAR DOSIS TOTAL DIARIA PREVIA UN 50 %. • RESCATES: 1/6 DE LA DOSIS TOTAL DIARIA. • SI ANSIEDAD: AÑADIR MIDAZOLAM 2,5-5 MG SC/4-6 H. • SI CRISIS DE DISNEA SEVERA: MORFINA 5 MG SC + MIDAZOLAM 5 MG SC.
ANSIEDAD / INQUIETUD / INSOMNIO	MIDAZOLAM 5-7,5 MG/4-6 H, (RESCATES DE 5 MG).
DELIRIUM / AGITACIÓN / CUADRO CONFUSIONAL	<ul style="list-style-type: none"> • DESCARTAR CAUSAS TRATABLES (RETENCIÓN AGUDA DE ORINA, FECALOMA, INFECCIÓN URINARIA, ETC). • SINOGAN 12,5-25 MG/8 H (RESCATES DE 25 MG) O HALOPERIDOL 2.5-5 MG/6-8 H (RESCATES DE 5 MG); SI PERSISTE, ASOCIAR MIDAZOLAM 2,5-5 MG/4 H.
CONVULSIÓN	MIDAZOLAM 2,5-5 MG/4 H. REPETIR A LOS 15-30 MINUTOS SI PRECISA.
ESTERTORES	<ul style="list-style-type: none"> • COLOCAR EN DECÚBITO LATERAL CON EL CUELLO LIGERAMENTE FLEXIONADO. EVITAR ASPIRAR SECRECIONES. • BUSCAPINA 20 MG/6-8 H O ESCOPOLAMINA 0,5 MG/8 H. MANTENER EL TRATAMIENTO UNA VEZ INSTAURADO.
VÓMITOS	<ul style="list-style-type: none"> • PRIMPERAN® 10-20 MG/8 H O HALOPERIDOL 2.5-5 MG/24 H. • SI HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL: DEXAMETASONA 4 MG/8 H SC (USAR VÍA SC EXCLUSIVA PARA SU ADMINISTRACIÓN).
FIEBRE	<ul style="list-style-type: none"> • MEDIDAS GENERALES: PAÑOS FRÍOS, AMBIENTE FRESCO. • SÓLO SI PRODUCE DISCONFORT: DICLOFENACO 37,5 MG (½ AMP)/8 H (USAR VÍA SC EXCLUSIVA PARA SU ADMINISTRACIÓN).
SI SÍNTOMA REFRACTARIO O INTRATABLE (EJ: HEMORRAGIA MASIVA): SEDACIÓN PALIATIVA	MIDAZOLAM 5-10 MG/4 H. RESCATES DE 5 MG.
SI DUDAS	REGLA " 5 + 5 ": MORFINA 5 MG + MIDAZOLAM 5 MG/4 H. DAR RESCATES SI PRECISA CON LA MISMA DOSIS (REPETIR A LOS 15-20 MINUTOS).

NOTA: MORFINA AMP 10 MG/ML ; MIDAZOLAM AMP 15 MG/3 ML ; BUSCAPINA® AMP 20 MG/ ML ; ESCOPOLAMINA AMP 0,5 MG/ML ; HALOPERIDOL AMP 5 MG/ ML ; SINOGAN® AMP 25 MG/ ML (LEVOMEPRIMAZINA); PRIMPERAN® AMP 10 MG/ 2 ML (METOCLOPRAMIDA), DICLOFENACO AMP 75 MG/3 ML, FORTECORTIN® AMP 4 MG/ ML (DEXAMETASONA). EN NUESTRO MEDIO SE PUEDEN RECETAR TODAS ESTAS AMPOLLAS, MENOS EL MIDAZOLAM Y LA ESCOPOLAMINA.

SEDACIÓN PALIATIVA

CONCEPTO	ES LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS PARA REDUCIR LA CONSCIENCIA DE UN PACIENTE CON ENFERMEDAD AVANZADA O TERMINAL, TANTO COMO SEA NECESARIO, PARA ALIVIAR DE FORMA ADECUADA UNO O MÁS SÍNTOMAS REFRACTARIOS, CON SU CONSENTIMIENTO.
REQUERIMIENTOS ÉTICOS PARA LA SEDACIÓN PALIATIVA EN CP	<ul style="list-style-type: none">• PRESENCIA DE UN SÍNTOMA REFRACTARIO (DOLOR, DISNEA, DELIRIO HIPERACTIVO O AGITACIÓN, ANSIEDAD GRAVE Y SANGRADOS AGUDOS MASIVOS).• EN EL CONTEXTO TEMPORAL DE LOS ÚLTIMOS DÍAS DE LA VIDA DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL.• INTENCIÓN DE LA SEDACIÓN: CONSEGUIR ALIVIAR UN SUFRIMIENTO INTENSO.• OBTENCIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO: PUEDE SER VERBAL. ES IMPRESCINDIBLE QUE CONSTE EN LA HISTORIA CLÍNICA (EL REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA ES UN REQUISITO SUFICIENTE Y NECESARIO).
ASPECTOS LEGALES DE LA SEDACIÓN PALIATIVA EN LA AGONÍA	<ul style="list-style-type: none">○ LEY 4/2015, DE 23 DE MARZO, DE DERECHOS Y GARANTÍAS DE LA PERSONA EN EL PROCESO DE MORIR:<ul style="list-style-type: none">§ ARTÍCULO 14: DERECHO DE LOS PACIENTES A LA ADMINISTRACIÓN DE SEDACIÓN EN LA AGONÍA:<ul style="list-style-type: none">• " <i>LOS PACIENTES EN SITUACIÓN TERMINAL O DE AGONÍA TIENEN DERECHO A RECIBIR SEDACIÓN EN LA AGONÍA CUANDO LO NECESITEN Y ESTÉ INDICADA</i> ".

SEDACIÓN PALIATIVA

INDICACIONES	<ul style="list-style-type: none">• SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS (SUD).• SÍNTOMAS REFRACTARIOS (NO ALIVIO CON TRATAMIENTO ESTÁNDAR).• EN SITUACIÓN DE CRISIS DE EMERGENCIA EN PACIENTE PALIATIVO: HEMORRAGIA MASIVA, ASFIXIA O DISNEA SEVERA, DOLOR SEVERO, VÓMITOS INCOERCIBLES, SUFRIMIENTO PSICOLÓGICO O EXISTENCIAL, ANSIEDAD / PÁNICO, DELIRIUM O AGITACIÓN EXTREMA.
TRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none">• DE ELECCIÓN (incluye la mayoría de las situaciones: dolor severo, hemorragias masivas, disnea severa, vómitos incoercibles, ansiedad/pánico o sufrimiento, etc) : MIDAZOLAM SC (amp 15 mg / 3 ml).<ul style="list-style-type: none">• DOSIS INICIAL O DE INDUCCIÓN: 5-10 MG SC; DOSIS DE MANTENIMIENTO: 5-10 MG/4 H SC.• SI INFUSIÓN CONTINUA SC: SI NO TOMA BENZOS (15-30 MG /24 H); SI TOMA BENZOS (30-60 MG /24 H).• DOSIS DE RESCATE SC: 5-10 MG.• DOSIS MÁXIMA DIARIA SC: 120-240 MG. SE RECOMIENDA NO SOBREPASAR 120 MG/DÍA SC.• SI NO SE LOGRA EL NIVEL DE SEDACIÓN ADECUADO CON DOSIS MÁXIMAS, AÑADIR LEVOMEPRIMAZINA SC.• SI DELIRIUM REFRACTARIO O ANTECEDENTES DE ALCOHOLISMO Y/U OTRAS DROGODEPENDENCIAS O CONTRAINDICACIÓN A BENZODIACEPINAS: LEVOMEPRIMAZINA SC (SINOGAN® amp 25 mg/ 1 ml).<ul style="list-style-type: none">• DOSIS INICIAL O DE INDUCCIÓN: 12,5-25 MG SC; DOSIS DE MANTENIMIENTO: 12,5-25 MG/6 H SC.• SI INFUSIÓN CONTINUA SC: 75-100 MG/24 H.• DOSIS DE RESCATE SC: 12,5-25 MG CADA 30 ' O CADA HORA SI ES NECESARIO.• DOSIS MÁXIMA DIARIA SC: 300 MG.• SE PUEDE ASOCIAR MIDAZOLAM SC.• ASOCIAR OPIOIDES (MORFINA SC) DE FORMA CONCOMITANTE CUANDO EL DOLOR Y LA DISNEA SE ENCUENTRAN ENTRE LOS SÍNTOMAS.
ESCALA DE RAMSAY (GRADO DE SEDACIÓN): <ul style="list-style-type: none">• BUSCAR GRADO DE SEDACIÓN GRADO 5-6.• SI NO ESTÁ EN EL GRADO DESEADO, ADMINISTRAR DOSIS DE RESCATE.• MONITORIZAR EL GRADO Y REGISTRAR EN LA HISTORIA CLÍNICA	<ol style="list-style-type: none">1. DESPIERTO, ANSIOSO Y AGITADO.2. DESPIERTO, COOPERADOR, ORIENTADO Y TRANQUILO.3. DORMIDO CON RESPUESTA A ÓRDENES.4. SOMNOLIENTO CON BREVES RESPUESTAS A LA LUZ Y AL SONIDO.5. DORMIDO CON RESPUESTA SÓLO AL DOLOR.6. PROFUNDAMENTE DORMIDO, SIN RESPUESTA A ESTÍMULOS.

CASO CLÍNICO: Joan.

- Varón de 49 años con cáncer de páncreas estadio IV con metástasis hepáticas. Se ha suspendido la quimioterapia.
- Desde hace 2 días apenas come y no le cuesta tragar la medicación. Está somnoliento y encamado la mayor parte del día, y se encuentra muy débil. El dolor ha aumentado (toma Targin 20/10 cada 12 h) y le cuesta respirar.
- Hablamos con su mujer Marta de la situación clínica de Joan (ha progresado la enfermedad y le explicamos que no encontramos ante una situación de últimos días).
- ¿ Cómo lo abordamos ?

CASO CLÍNICO : Joan.

- **DIAGNÓSTICO:** SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS.

- **MANEJO:** REGLA "LUCIASE".

- **LU:** DOMICILIO VERSUS HOSPITAL (UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS).

- **C:** PRIORIZAR MEDIDAS DE CONFORT.

- **I:** INFORMAR DEL PROCESO Y ACLARAR DUDAS.

- **A:** ACOMPAÑAR Y DAR SOPORTE CLÍNICO Y EMOCIONAL.

- **SÍNTOMAS:** COLOCAR VÍA SC.

- SI DOLOR: MORFINA 15 MG SC CADA 4 H, MÁS RESCATES SI PRECISA.

- SI DISNEA: MORFINA 5 MG SC CADA 4 HORAS O A DEMANDA.

- SI INQUIETUD: MIDAZOLAM 5 MG SC A DEMANDA O CADA 4 H.

- § ESTERTORES:

- § DECÚBITO LATERAL, CON EL CUELLO LIGERAMENTE FLEXIONADO, NO ASPIRAR LAS SECRECIONES.

- § BUSCAPINA 1 AMP/6-8 H SC.

- § OTROS SÍNTOMAS: CONSULTAR TABLA DE CONTROL DE SÍNTOMAS (PAUTAS VÍA SC).

- **ÉXITUS:** EXPLICAR CIRCUITO ASISTENCIAL.

CASO CLÍNICO: Joan.

- **DIAGNÓSTICO: SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS.**
- **Si SUD compleja:**
 - Valorar contactar con **ESAD** (Equipo de soporte de atención domiciliaria), que da soporte al EAP y proporciona atención paliativa en domicilio, para asesoramiento y/o derivación, si se precisa.
 - Valorar **SEDACIÓN PALIATIVA** en este caso:
 - **HABLAR CON LA FAMILIA:** SE PRECISA CONSENTIMIENTO VERBAL. ES IMPRESCINDIBLE QUE CONSTE EN LA HISTORIA CLÍNICA.
 - VÍA SC.
 - TRATAMIENTO DE ELECCIÓN: **MIDAZOLAM SC.**
 - DOSIS DE INICIO O INDUCCIÓN: 5-10 MG SC (1-2 ML SC).
 - DOSIS DE MANTENIMIENTO: 5-10 MG SC (1-2 ML SC) CADA 4 HORAS. RESCATES DE 5 MG SI PRECISA.
 - § **VALORAR INFUSOR SC** (MEDICACIÓN HABITUAL: INCLUYE MIDAZOLAM, MORFINA, HALOPERIDOL, BUSCAPINA O ESCOPOLAMINA), SI PRECISA.