

ANALGESIA Y SEDACION TERMINAL

Javier Rocafort Gil

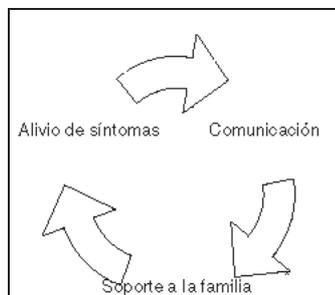
Coordinador del Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura.
Presidente de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos.

El sufrimiento consustancial al ser humano

El sufrimiento, mucho más que un problema sanitario

Cuidados paliativos, una alternativa eficaz al sufrimiento en la enfermedad

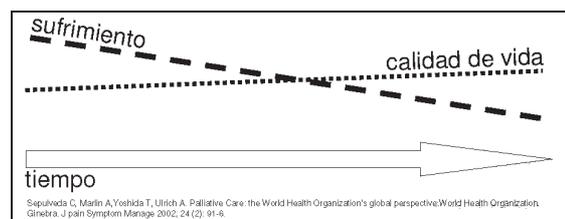
- Con una base científica.
- Utilizando la valoración y la planificación de los cuidados.
- Desde un equipo interdisciplinar
- Basados en la coordinación de profesionales



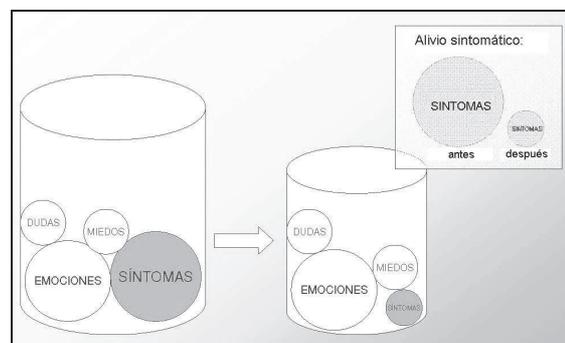
2 objetivos de los CP

- Rescate de la mejor calidad de vida posible

- Alivio del sufrimiento



El alivio sintomático proporciona **SÓLO** una parte del alivio del sufrimiento.



DOLOR: ¿el síntoma más frecuente, el más temible?

Síntomas*	Cáncer	SIDA	Insuficiencia cardiaca	EPOC	Enfermedad renal
Dolor	35%-68% N = 10.379	63%-80% N = 942	41%-77% N = 682	34%-77% N = 372	47%-50% N = 370
Depresión	3%-77% N = 4.378	10%-62% N = 616	9%-36% N = 80	37%-71% N = 150	5%-60% N = 936
Ansiedad	13%-79% N = 3.274	8%-34% N = 346	49% N = 80	51%-75% N = 1.006	39%-70% N = 72
Confusión	8%-93% N = 9.154	30%-65% N = ?	16%-32% N = 343	16%-33% N = 309	—
Astenia	32%-60% N = 2.868	34%-65% N = 1.435	66%-82% N = 409	66%-80% N = 285	73%-87% N = 116
Disnea	10%-70% N = 10.029	11%-82% N = 504	60%-88% N = 946	90%-95% N = 372	11%-62% N = 334
Insomnio	9%-69% N = 5.006	74% N = 504	36%-48% N = 146	55%-65% N = 150	31%-71% N = 351
Náuseas	6%-66% N = 9.140	43%-49% N = 689	17%-48% N = 146	—	30%-43% N = 382
Estreñimiento	23%-63% N = 7.002	34%-35% N = 689	38%-42% N = 80	27%-44% N = 150	29%-70% N = 483
Diarrea	3%-29% N = 3.392	30%-90% N = 504	12% N = 80	—	21% N = 19
Anorexia	30%-62% N = 9.113	31% N = 504	21%-41% N = 146	35%-67% N = 150	25%-64% N = 395

*Porcentaje y número total de pacientes evaluados por cada síntoma.

Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. J Pain Symptom Manage. 2006;31(1):58-69.

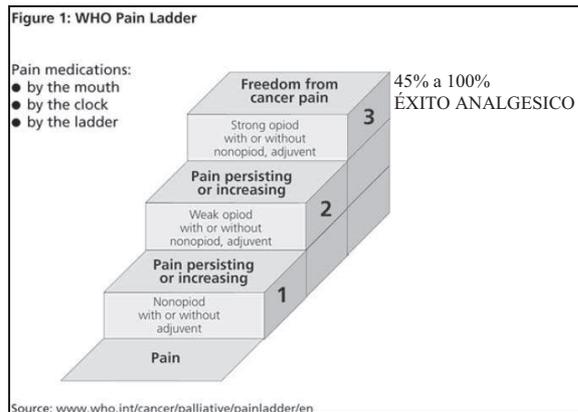
Dilemas y cuestiones pendientes en Analgesia.

- Accesibilidad al tratamiento del dolor.
- Accesibilidad y equidad en cuidados paliativos
- Conocimiento de los cuidados paliativos
- Control de los efectos secundarios de los analgésicos.

Tabla 5. Efectos secundarios de los opiáceos

	Síntomas	% Incidencia
Gastrointestinales	Náuseas, vómitos Estreñimiento	15-30 40-70
Sistema nervioso autónomo	Xerostomía, retención urinaria, hipotensión postural	Sin datos
Sistema nervioso central	Sedación, deterioro cognitivo, mioclonías, alucinaciones, delirium, hiperalgesia, convulsiones	20-60 Sin datos
Cutáneos	Prurito Hipersudoración	2-10 Sin datos

Escalera analgésica de la OMS (el secreto del éxito)

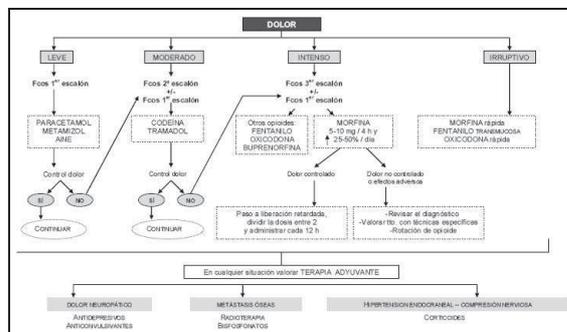


Sedación: ACLARANADO CONCEPTOS

“En Cuidados Paliativos entendemos por sedación exclusivamente la *administración de fármacos apropiados para disminuir el nivel de conciencia del enfermo con el objetivo de controlar algunos síntomas.*”

En el curso del tratamiento de pacientes en fases avanzadas y terminales de su enfermedad, donde la estrategia terapéutica es paliativa, podemos precisar dos conceptos diferentes pero relacionados: sedación paliativa y sedación terminal”

Existe evidencia clara sobre el tratamiento ANALGÉSICO



Frecuencia, entre el 1 y el 72% (Porta, et Al, EJPC 2001)

Table 1. Studies on terminal sedation published within the past ten years included in the review

Study	Author	Objective ¹	Design	Definition ¹¹	Location	N	Frequency (%)	Survival (days)	Sedation	Physical reasons	Psychological reasons
1	Russell	No	Prospective – last 12 hours	Yes	Home/hospital	401	25	—	S	Yes	Yes
2	Fainsinger	No	Retrospective – clinical cases	No	PCU	278	1	1.5	S	Yes	No
3	Turner	No	Prospective – last three days	No	PCU/hospital	50	72	—	—	—	—
4	Porta	Yes	Prospective	Yes	PCU/hospital	486	23	3.2	—	Yes	Yes
5	Monta	No	Prospective	Yes	PCU	157	45	3	P	Yes	Yes
6	Vignati	No	Retrospective	No	PCU	2000	6	—	S	Yes	Yes
7	Versari/Ida	Yes	Prospective	No	Home	154	52	2	P	Yes	No
8	Stono	Yes	Retrospective	Yes	PCU/hospital	115	26	1.3	S	Yes	Yes
9	Fainsinger	No	Retrospective – last week	No	PCU/hospital	100	16	—	P	Yes	No
10	Mohr	Yes	Prospective	No	Hospital	20	25	2.5	—	Yes	No
11	Monta	Yes	Retrospective	Yes	PCU	143	48	2.9	P	Yes	No
12	Opda Marti	Yes	Prospective	No	PCU/home	448	19	1.5	—	Yes	No
13	Fainsinger	Yes	Retrospective	No	PCU	76	30	2.5	P	Yes	No

¹ Yes/and/or; study or describe the use of terminal sedation as a primary study objective; No Terminal sedation is not the main study objective.
¹¹ Whether or not an operative definition of terminal sedation was used.
 P = proportional; S = sedation

Clasificación de la Sedación (SECPAL, 2001)

- Según el objetivo

- Sedación primaria: es la disminución de la consciencia de un paciente que se busca como finalidad de una intervención terapéutica.
- Sedación secundaria (en castellano: somnolencia); es la disminución de la consciencia de un paciente como efecto colateral de un fármaco administrado en el curso del tratamiento de un síntoma.
- Según la temporalidad
 - Sedación intermitente: es aquella que mantiene períodos de alerta del paciente.
 - Sedación continua: es aquella que mantiene la disminución del nivel de consciencia del paciente de forma permanente.
- Según la intensidad
 - Sedación superficial: es aquella que permite la comunicación del paciente con las personas que le atienden.
 - Sedación profunda: es aquella que mantiene al paciente en estado de inconsciencia.

Sedación paliativa

Se entiende por sedación paliativa la administración **deliberada** de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, **para reducir la consciencia** 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. Se trata de una sedación primaria, que puede ser continua o intermitente, superficial o profunda.

Sedación Terminal:

Se entiende por sedación terminal la administración **deliberada** de fármacos para

lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un **sufrimiento físico y/o psicológico**, mediante la disminución suficientemente profunda y **previsiblemente irreversible** de la consciencia en un paciente cuya **muerte se prevé muy próxima** y con su consentimiento explícito, implícito o delegado. Se trata de una sedación primaria y continua, que puede ser superficial o profunda. Como puede verse, se entiende la sedación terminal como un tipo particular de sedación paliativa que se utiliza en el periodo de la agonía.

Análisis ético: el principio de doble efecto

Dado que **todo acto puede tener dos efectos, uno beneficioso y otro perjudicial**, el principio del doble efecto distingue entre las consecuencias o efectos de un acto, y su intencionalidad. Existen situaciones complejas en la práctica clínica en las que sólo es posible conseguir un beneficio (o evitar un perjuicio), causando un mal que no se desea.

El efecto negativo está éticamente permitido si no ha sido nuestra intención provocarlo. Este principio es de aplicación en el caso de la sedación paliativa y de la sedación terminal, con las siguientes consideraciones

Se entiende que el efecto deseado es el alivio del sufrimiento y el efecto indeseado la privación, parcial o total, de la consciencia. **La muerte no puede considerarse como el efecto indeseado**, ya que el paciente fallecerá a consecuencia de la evolución de su enfermedad y/o sus complicaciones.

La responsabilidad moral del equipo recae en el proceso de toma de decisiones adoptadas **para aliviar el sufrimiento**, y no tanto en el resultado de su intervención en términos de vida o muerte.

Son **condiciones** del principio ético del doble efecto:

- Que la acción sea beneficiosa o neutra.

- Que la intención del actor sea correcta (se busca el efecto beneficioso).
- Que exista una proporción o equilibrio entre los dos efectos, el beneficioso y el perjudicial.
- Que el efecto deseado y beneficioso no sea causado por un efecto indeseado o negativo.

Diferencias entre sedación y eutanasia		
	Sedación	Eutanasia
Intención	Aliviar sufrimiento ante los síntomas, disminuyendo la capacidad de percibirlo	Provocar la muerte, para liberar del sufrimiento.
Proceso	<ul style="list-style-type: none"> - Indicación clara y contrastada. - Ajuste de fármacos según la respuesta del sufrimiento que genera el síntoma. - Evaluación y registro en la historia 	Utilizar fármacos a dosis o combinaciones letales, que garanticen una muerte rápida.
Resultado	Alivio del sufrimiento, contrastado mediante su evaluación	Muerte

Indicaciones de la SEDACION:
(Guía de CP, Ministerio SyC, 2008)

1. Indicación terapéutica correcta (síntoma o sufrimiento físico o psíquico **refractario** en el final de la vida del enfermo).
2. Consentimiento.
3. Profesionales con información clara y completa del proceso. Registro en HC.
4. Administración en las dosis y combinaciones necesarias.

Síntomas refractarios:

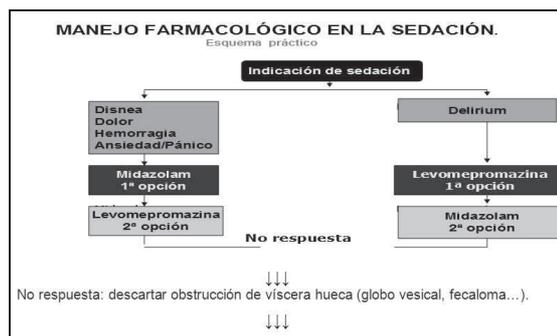
- Es aquél que no puede ser adecuadamente controlado a pesar de los **intensos esfuerzos** para hallar un tratamiento tolerable en un plazo de tiempo razonable, sin que comprometa la conciencia del paciente.
- **No debe confundirse con síntoma difícil**, que es aquél para cuyo adecuado control se precisa una intervención terapéutica intensiva,

tanto desde el punto de vista farmacológico, como instrumental y/o psicológico.

TABLA I
RAZONES/INDICACIONES PARA LA SEDACIÓN TERMINAL (% DEL TOTAL DE PACIENTES SEDADOS)

Síntomas	Revisión 2007(11)	Cataluña-Baleares (12)	UCP-HGUGM (14)
Delirium	39	10,7	72,7
Disnea	38	23,2	9
Dolor	22	23,2	4,5
Hemorragia	8,5	8,9	9
Nausea/vómitos	6	6,2	0
Aslencia	20	1,7	-
Psico-social	21	54,4	40,9

FRECUENCIA DE SEDACIÓN TERMINAL



Conclusiones

- La sedación paliativa es una maniobra terapéutica destinada al alivio de síntomas refractarios.
- Para la aplicación de la sedación paliativa y/o terminal debe seguirse un protocolo definido y disponerse del conocimiento, de las habilidades técnicas y de las actitudes éticas requeridos.
- Ni la sedación paliativa ni la terminal son eutanasia encubierta. Las diferencias recaen tanto en el objetivo, el procedimiento, el resultado y la indicación como en el respeto a las garantías éticas.
- Los principios éticos de la asistencia (no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia) el principio del doble efecto y el respeto a los derechos de las personas en situación terminal, guiarán la toma de decisiones.
- Debe garantizarse la disponibilidad de fármacos indicados para la sedación en todos los niveles de asistencia y en todas las modalidades de atención.