



ORIGINAL

Análisis del empleo de la sedación paliativa en un hospital de atención a pacientes crónicos[☆]

Enrique Castellano Vela*, Pilar Olmos Navarro, Amparo Rochina Puchades, Norberto Fort Navarro y Ramón Navarro Sanz

Área Médica Integral, Hospital Pare Jofré, Agencia Valenciana de Salud, Valencia, España

Recibido el 21 de febrero de 2012; aceptado el 6 de septiembre de 2012

Disponible en Internet el 20 de enero de 2013

PALABRAS CLAVE

Sedación paliativa;
Final de vida;
Cuidados de media
y larga estancia

Resumen

Objetivo: Analizar en los pacientes fallecidos dentro del proceso asistencial (PA) de cuidados paliativos (CP) todas las fases del procedimiento de la sedación paliativa (SP) cuya indicación se realizó en nuestra unidad.

Método: Estudio retrospectivo de revisión de historias clínicas (HHCC) de pacientes a los que se aplicó una SP entre julio de 2009 y junio de 2010 en una unidad de atención a crónicos de media y larga estancia de Valencia. Se analizaron variables generales de los pacientes y específicas de la SP.

Resultados: Se realizó una SP en 51 pacientes (17,7% de los fallecidos). La mayoría tenían más de 64 años (76,5%), patología oncológica (63%) y, al ingreso, dependencia total (76,5%), deterioro cognitivo de grado significativo (65%) y desnutrición importante (84,5%). Los síntomas refractarios (SSRR) más frecuentes fueron disnea (38,5%), dolor (23%), sufrimiento inespecífico (23%) y agitación (20,5%). Los pasos de la SP que se registraron con menor frecuencia fueron la situación de fallecimiento cercano (37%) y la intensidad (41%) y el motivo de la refractariedad (31%) del SR. El consentimiento informado (CI) fue mayoritariamente dado por la familia (83%) y el mismo día en que se inició la SP (81%). El empleo de hidratación artificial (HA) fue escaso (12%). Como fármaco sedante se utilizó en un 96% de casos midazolam (MDZ), administrándose en la gran mayoría (98%) en una pauta continua y por vía subcutánea. La dosis media final de MDZ fue de 28 mg/d. Se mantuvieron durante la SP un opioide mayor (100%) y un anticolinérgico (68%). Un 71% de los pacientes tenían registrados datos sobre la monitorización de la SP con aceptable control del SR en un 80%. La duración media de la SP fue de 68 h. Los pacientes no oncológicos (NO) con SP presentaron, respecto a los oncológicos (O), mayor dependencia al ingreso, menor inclusión al ingreso en el PA de CP y menor posibilidad de poder dar el CI.

[☆] Algunas partes de este trabajo han sido motivo de 2 comunicaciones en el 9.º Congreso de la SECPAL, (pendiente de confirmar su aceptación en la fecha de elaboración del artículo).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: castellano_enr@gva.es (E. Castellano Vela).

KEYWORDS

Palliative sedation therapy;
End-of-life;
Long term care

Conclusiones: La frecuencia de uso y duración de la SP y los SSRR y su control se encuentran dentro de los rangos referidos en la literatura. Se realiza de forma casi exclusiva con MDZ y es escaso el uso de HA. Todavía existe un margen importante de mejora en el registro de ciertos pasos de la SP. Anticipar la planificación de los cuidados al final de la vida haría que aumentara la participación de los pacientes en el CI para la SP. Las diferencias en el empleo de la SP entre pacientes O y NO depende más de sus distintas características clínicas y asistenciales que de la técnica en sí.

© 2012 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Analysis of the use of Palliative Sedation in a Chronic and Long Term Care Hospital
Abstract

Objective: To analyse, all phases of palliative sedation therapy (PST) procedure in our Palliative Care Unit, in patients who died during the palliative care process (PCP).

Method: A retrospective and descriptive study was conducted. The clinical histories of patients admitted to a Chronic and Long Term Care Hospital in Valencia during the period from July 15, 2009 and June 15, 2010 were reviewed. The general variables of the patients, as well as those specific to the PST, were analysed. The data analysis was performed using SPSS 15.0 statistical program.

Results: PST was performed on 51 patients (17.7% of deaths). The majority (76.5%) were over 64 years old, with an oncological disease (63%) and, on admission, total dependence (76.5%), and with a significant degree of cognitive impairment (65%) and malnutrition (84.5%). The most common refractory symptoms (RS) were: dyspnea (38.5%), pain (23%), non-specific suffering (23%), and agitation (20.5%). The steps of PST that were recorded less frequently were: near death situation (37%), and intensity (41%), and the reason for the refractoriness (31%) of the RS. The informed consent (IC) was given mostly by the family (83%), and on the same day the PST was started (81%). The use of artificial hydration (AH) was low (12%). As a sedative drug was used in 96% of cases, Midazolam (MDZ) was the drug most used for sedation (96%), administered in the vast majority (98%) as a continuous and subcutaneous infusion. The final mean dose of MDZ was 28 mg/day. A major opioid (100%) and an anticholinergic (68%) were associated with PST. Data on the PST monitoring had been recorded in 71% of patients, with acceptable control of the RS in 80% of cases. The average duration of the PST was 68 hours. Non-oncological patients (NO) with PST were less likely to be included in the PCP on admission, as well as being more dependent, and less likely to give IC, compared to oncological patients (O).

Conclusions: The frequency of use and duration of the PST and the RS and their control are within the ranges reported in the literature. It is almost exclusively performed with, and there is little use of AH. There is still significant scope for improvement in certain steps of the PST. To do an Advance Care Planning before the last days of life would increase patient involvement in the IC for PST. The differences in the use of PST in oncological patients and non-oncological patients depends more on distinct clinic and care characteristics than that of the technique itself.

© 2012 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La sedación paliativa (SP) es una opción claramente aceptada dentro de las diversas alternativas terapéuticas disponibles para el adecuado manejo de los pacientes con una enfermedad en fase avanzada que se encuentran en una situación de muerte muy cercana^{1,2}. En un 20 a 25% de estos pacientes, según el rango medio descrito en la literatura³, va a ser el último recurso terapéutico disponible para poder conseguir aliviar de forma soportable el sufrimiento generado por los síntomas refractarios (SSRR)⁴. Como tales se entienden aquellos síntomas intolerables para el paciente en

los que el equipo asistencial ha realizado intensos esfuerzos terapéuticos para encontrar un tratamiento que los controle de forma adecuada sin comprometer el nivel de conciencia y con una relación riesgo-beneficio aceptable durante un periodo de tiempo razonable³.

Para conseguir con la SP el alivio deseado se utilizan ciertos fármacos sedantes en las dosis y combinaciones adecuadas con el objetivo de reducir de forma proporcionada, en su justa medida y durante el tiempo preciso el nivel de conciencia del paciente. Para su aplicación es obligado disponer de un consentimiento informado (CI) dado por el paciente y, en su defecto, por la familia más cercana. Tras el inicio de la SP

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2766398>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2766398>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)