La siguiente historia es producto de la ficción.

Cualquier parecido con la realidad es pura coincidencia.....

La historia de XX y XY

XX

- 69 años.
- Cáncer de ovario estado IV
- Carcinomatosis peritoneal
- Interrupción de quimioterapia hace 3 meses por progresión de la enfermedad
- IK 40%

XY

- 69 años
- Cáncer de pancreas estado IV
- Ascitis maligna.
- Obstrucción de la vía biliar de origen tumoral
- IK 40%

La historia de XX y XY

XX

- Consulta por nausea y vomito persistente fecaloide
- Dolor abdominal 10/10
- Valorada en el servicio de urgencias
- Dado que se trata de una paciente terminal dan de alta con morfina solución oral y metoclopramida.

XY

- Consulta por dolor abdominal 10/10
- Aumento de la ictericia, fiebre
- Disnea severa de reciente aparición.
- Se inicia manejo con hidratación, opioides a altas dosis.

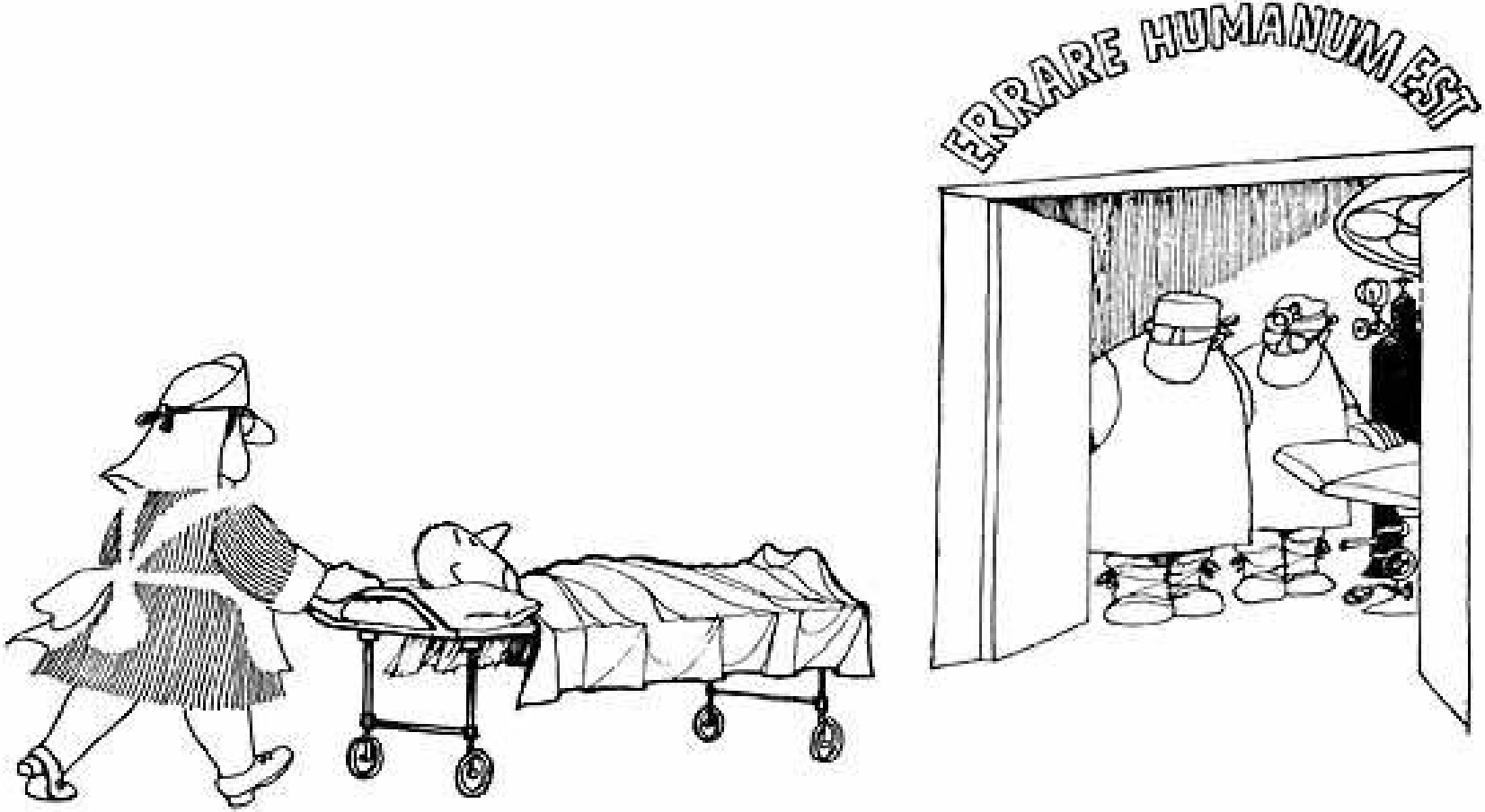
La historia de XX y XY

XX

- La paciente es enviada a casa donde fallece 24 horas después, con mútiples episodios de vomito fecaloide, y dolor no controlado.

XY

- Durante la estadía en urgencias el paciente presenta incremento del dolor y la disnea por lo que se inicia protocolo de sedación paliativa con Morfina mas Midazolam.
- El paciente fallece 24 horas después en el hospital en compañía de su familia y con síntomas controlados


ERRARE HUMANUM EST

“ Tú me importas por ser tú, importas hasta el último momento de tu vida y haremos todo lo que esté a nuestro alcance, no solo para ayudarte a morir en paz, sino también a vivir hasta el día en que mueras”

(Cicely Saunders).



Fundación
Santa Fe de Bogotá

Las últimas 48 horas de la vida

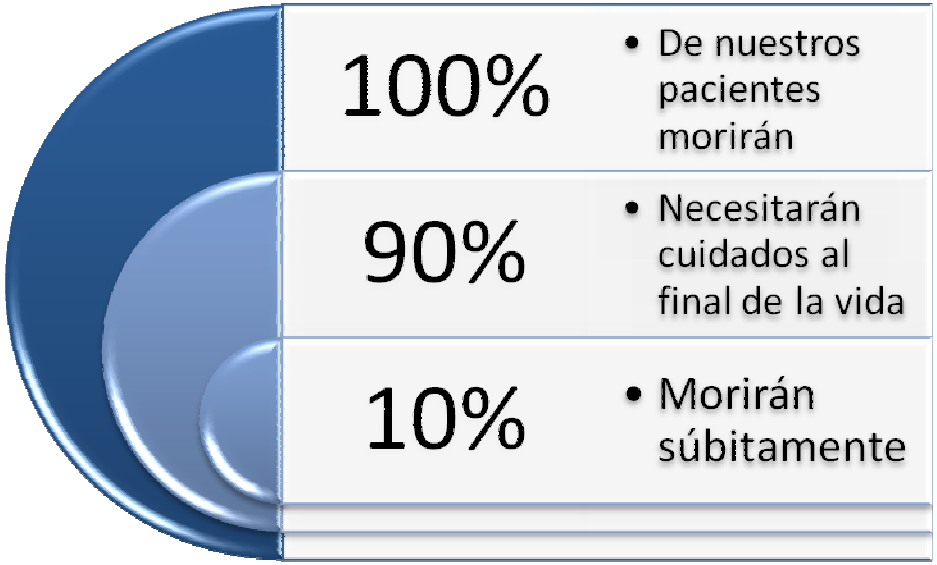
Juan Guillermo Santacruz E.
Especialista en Medicina Interna- Dolor y Cuidado Paliativo.
Coordinador servicio de cuidado paliativo.
Fundación Santa Fe de Bogotá.
e-mail: juanscruz@yahoo.com

JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE
Volume 8, Number 5, 2005
© Mary Ann Liebert, Inc.

Palliative Care Review

Terminal Care: The Last Weeks of Life

WILLIAM M. PLONK, Jr., M.D.[1] and ROBERT M. ARNOLD, M.D.[2]



Los médicos podemos ser la principal causa de sufrimiento en los últimos días de la vida, o los principales aliviadores.

Journal of Palliative Medicine Vol 8, Number 5, 2005

A manera de introducción

- 2 millones de muertes al año en USA
- 50% de las muertes ocurren en los hospitales
- 25% en unidades de larga estancia (Hospice and Nursing homes)
- 25% en el hogar.
- Para el año 2040 se estima que el 50% de las muertes ocurrirán en unidades de larga estancia.

Journal of Palliative Medicine Vol 8, Number 5, 2005
J Palliat Med 2003; 6

- Síntomas mas frecuentes en los últimos tres días de la vida:



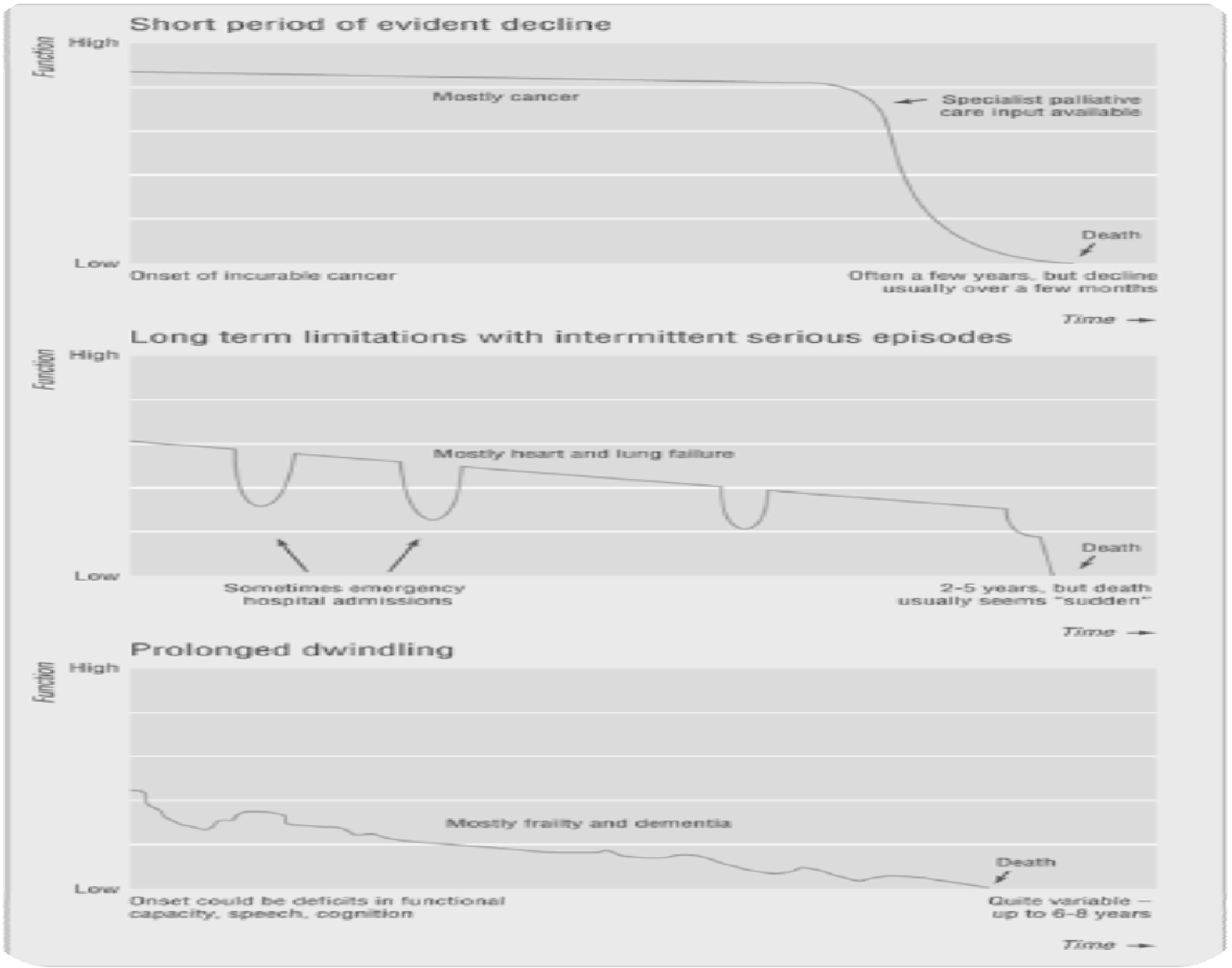
SUPPORT Principal Investigators: A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. JAMA 1995; 274: 1591-1598

Symptoms and problems in a nationally representative sample of advanced cancer patients

AT Johnsen, MA Petersen, L Pedersen Department of Palliative Medicine, The Research Unit, Bispebjerg Hospital, Copenhagen NV and **M Groenvold** Department of Palliative Medicine, The Research Unit, Bispebjerg Hospital, Copenhagen NV; Institute of Public Health, University of Copenhagen, Copenhagen K

- Evaluación de síntomas en pacientes con cáncer estadios III y IV
- n= 977
- Fatiga, perdida de funcionalidad, insomnio, dolor.

Palliative Medicine 2009; 23:491



Diferentes trayectorias de los pacientes con enfermedades crónicas.
Adaptado de :Putting evidence in to practice: Palliative Care. BMJ 2008

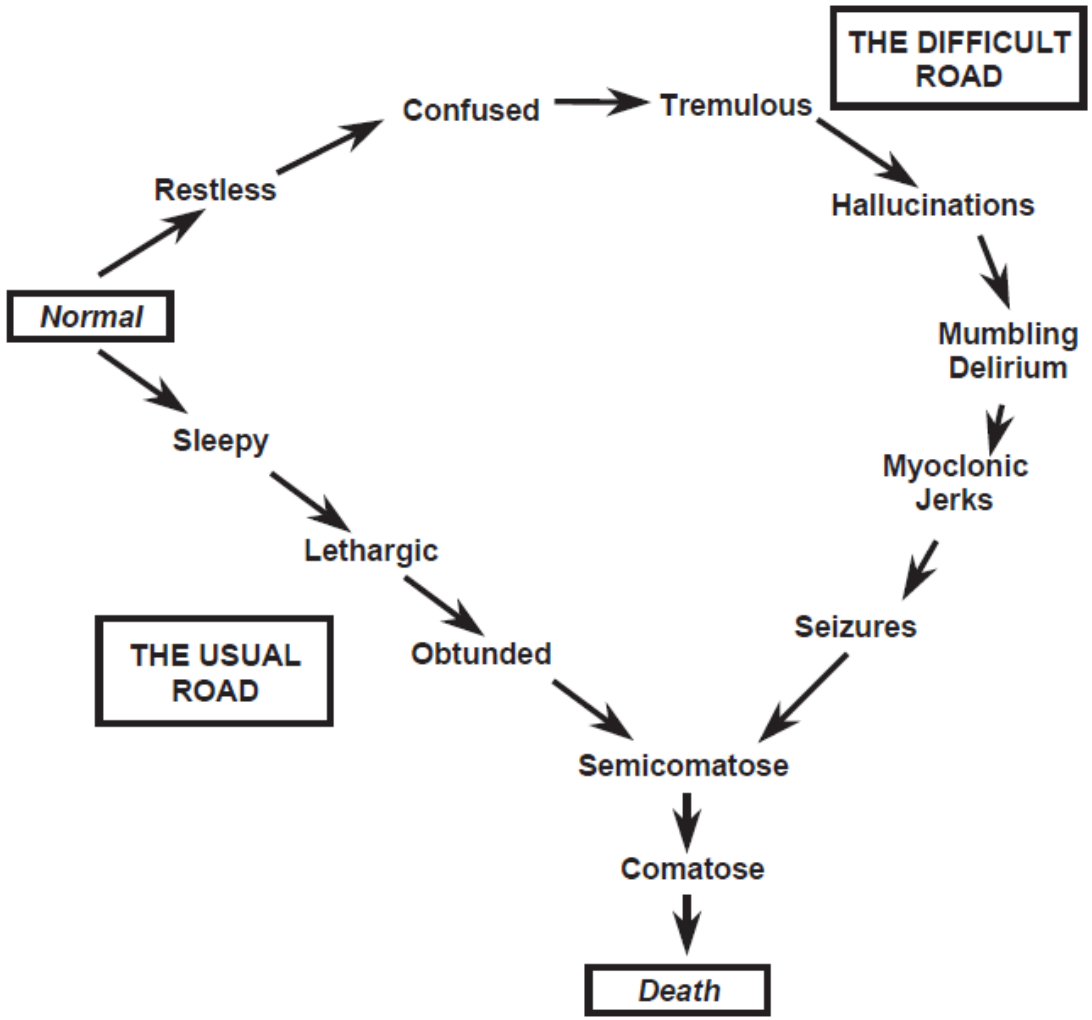


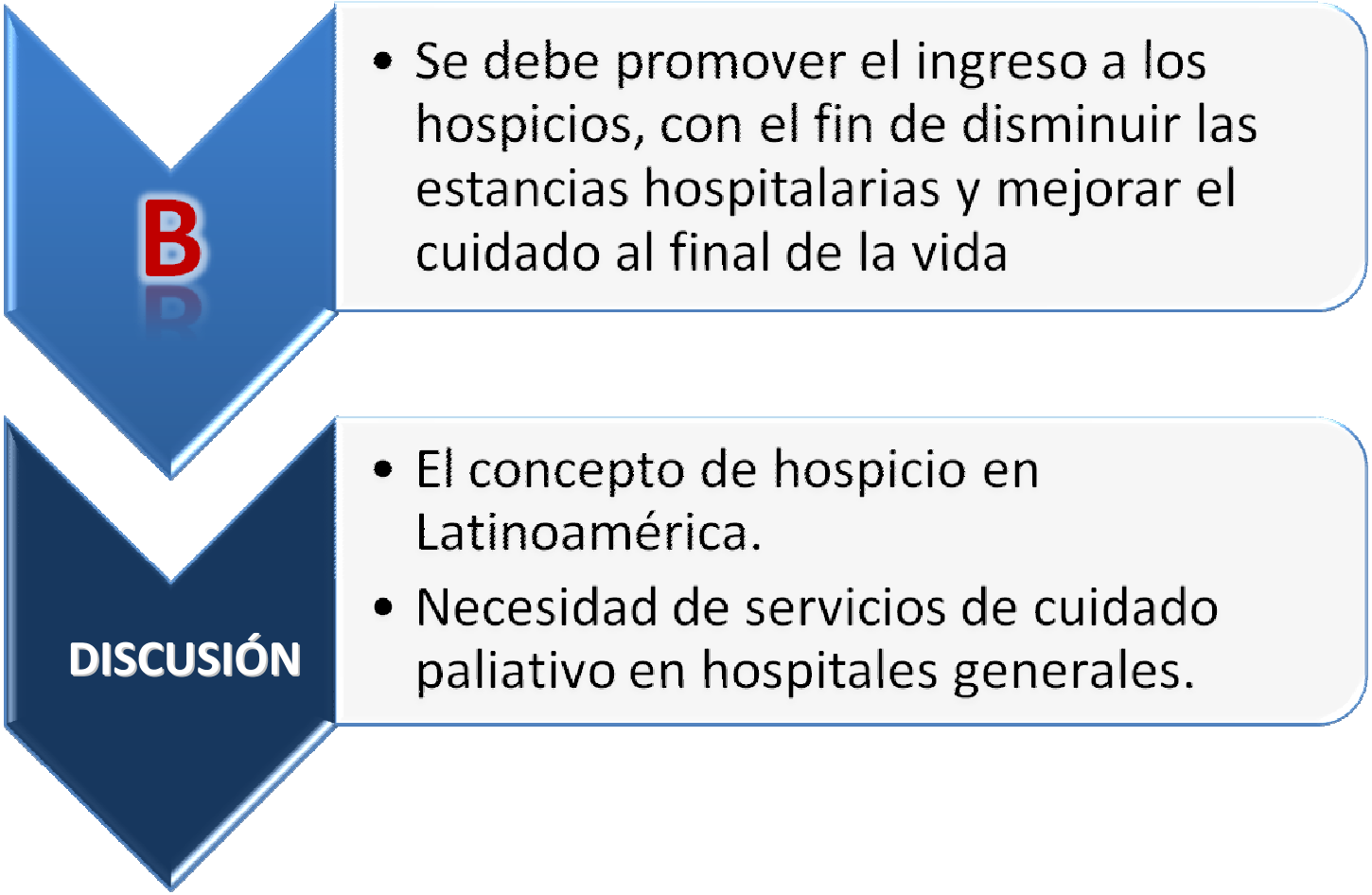
Fig. 2. The two roads to death. (*From* Freemon FR. Delirium and organic psychosis. In: Organic mental disease. Jamaica [NY]: SP Medical and Scientific Books; 1981. p. 81–94.)

Clin Geriatr Med 20 (2004) 641

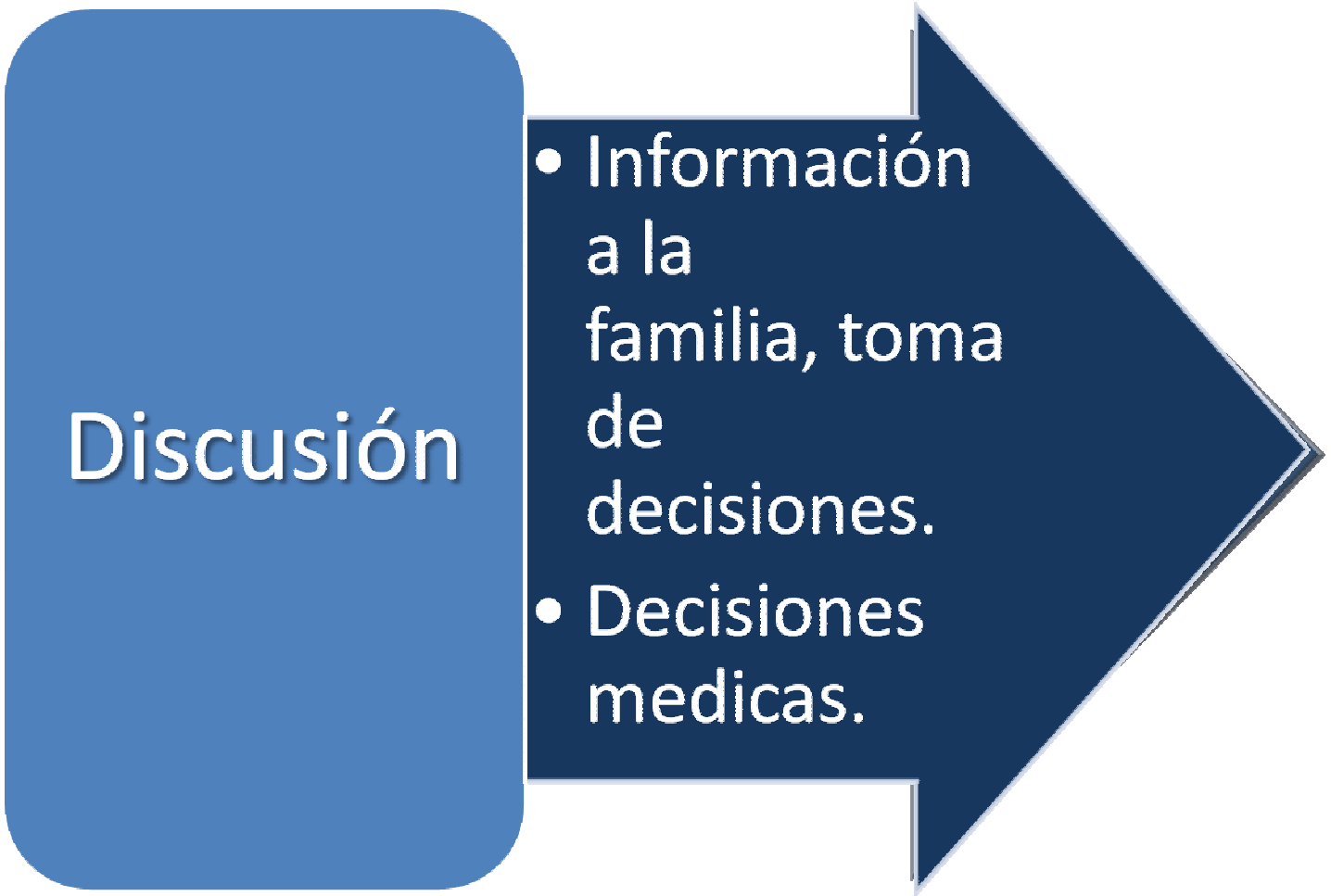
Cuidado al final de la vida
recomendaciones basadas en la evidencia

Hospice enrollment should be promoted to decrease rates of inhospital deaths, limit the transfer of dying nursing home patients, and improve terminal care outcomes.	B
Palliative care programs should be expanded to improve terminal care outcomes in institutions.	B
Advance directives should be encouraged to limit the hospital transfer of dying nursing home patients.	B
Families should be educated in the signs of approaching death.	C
Routine artificial nutrition is not recommended during terminal care.	A
Routine artificial hydration is not recommended during terminal care, although it may be appropriate in selected cases.	B
Oral or parenteral opioids remain the primary treatment for terminal dyspnea.	A
Oxygen therapy is beneficial in the setting of hypoxemia.	B
Anxiolytics are beneficial in the treatment of terminal dyspnea.	C
Antimuscarinics are effective for the treatment of accumulated respiratory tract secretions.	B
Opioids titrated to comfort are the foundation for treatment of terminal physical pain.	A
Benzodiazepines, antipsychotics, and phenothiazines are effective for the treatment of distressing terminal delirium.	B
Propafol, midazolam, and barbituates are effective for palliative sedation.	B
Empathy and psychosocial support improve caregiver stress and bereavement outcomes.	B

Journal of Palliative Medicine. Vol. 8, 5. 2005
Am Fam Physician 2004; 69: 548-556



Adaptado de Journal of Palliative Medicine. Vol. 8, 5. 2005



Adaptado de Journal of Palliative Medicine. Vol. 8, 5. 2005

- **Las familias deben ser educadas para reconocer, identificar y manejar los síntomas en las ultimas horas de la vida.**

C



- El concepto de visita y seguimiento domiciliario
- Experiencia en el INC y en la FSFB.

Discusión

Adaptado de Journal of Palliative Medicine. Vol. 8, 5. 2005

En la mayoría de los casos la nutrición artificial (enteral y parenteral) no está recomendada en los pacientes al final de la vida.

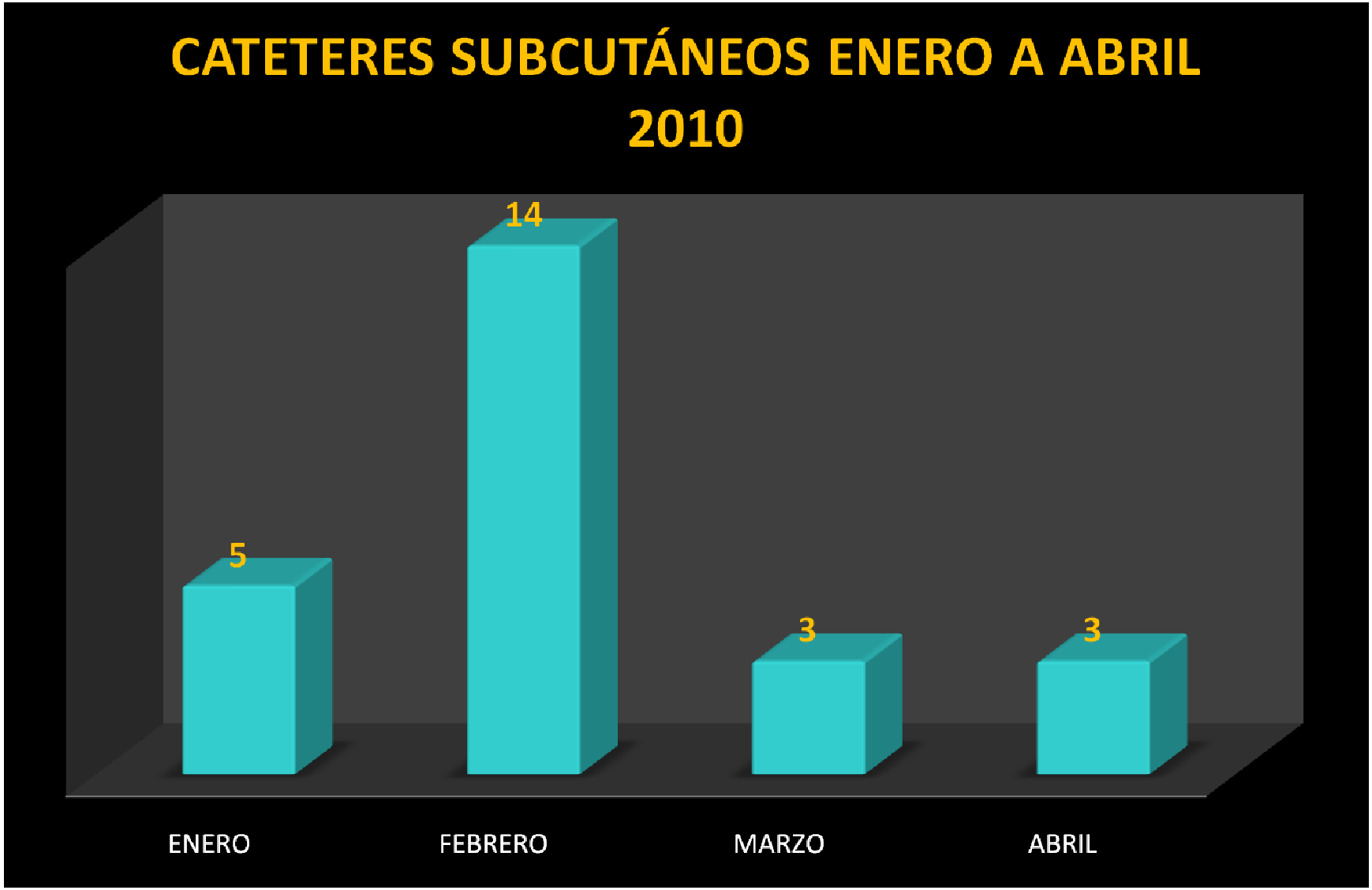
A

Hidratación Vs nutrición

La vía subcutánea en cuidado paliativo.

Discusión

Adaptado de Journal of Palliative Medicine. Vol. 8, 5. 2005



Servicio de Cuidados Paliativos. Fundación Santa Fe de Bogotá

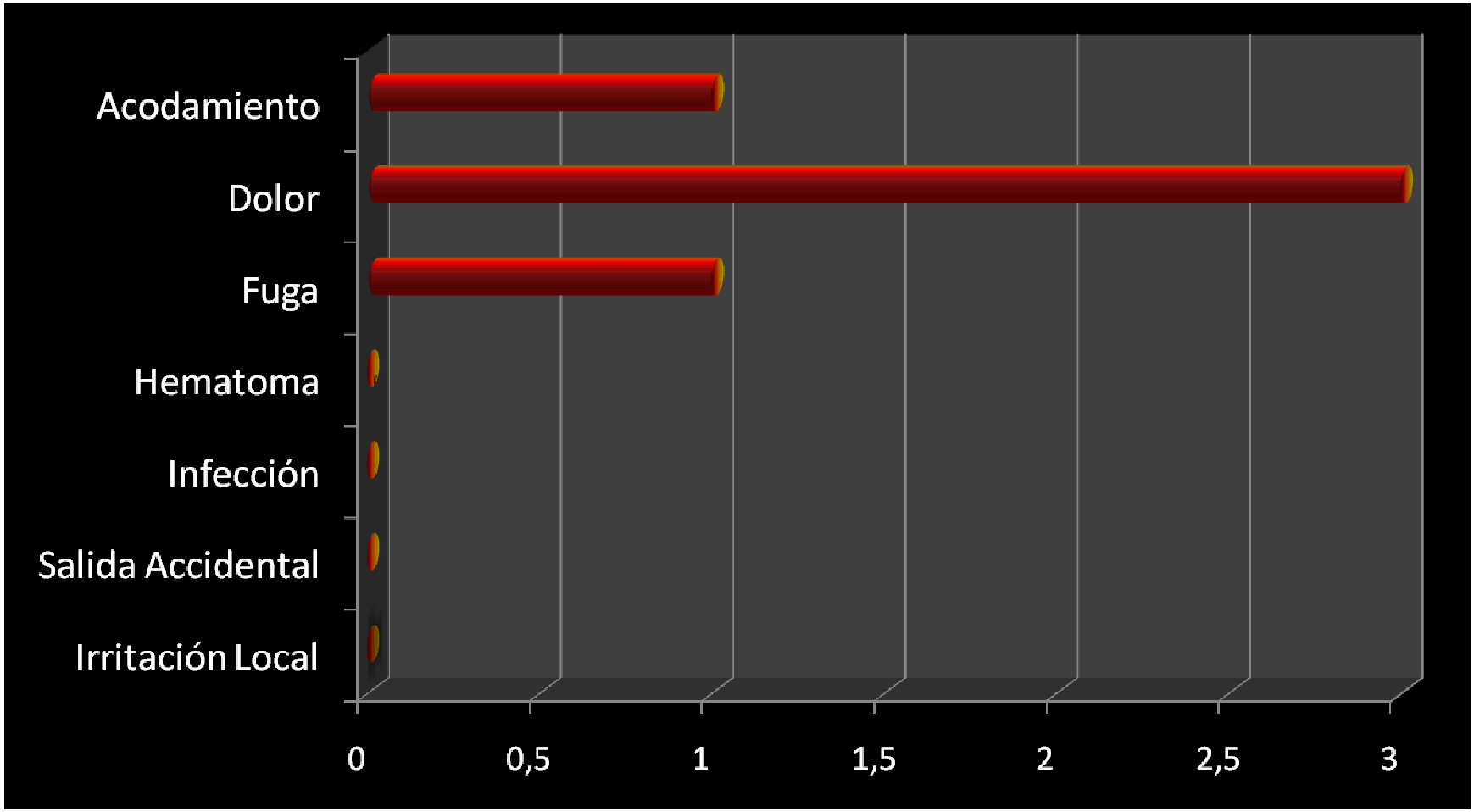
INDICACIONES Y MEDICAMENTOS UTILIZADOS POR CATETER SUBCUTÁNEO

ENERO - ABRIL 2010

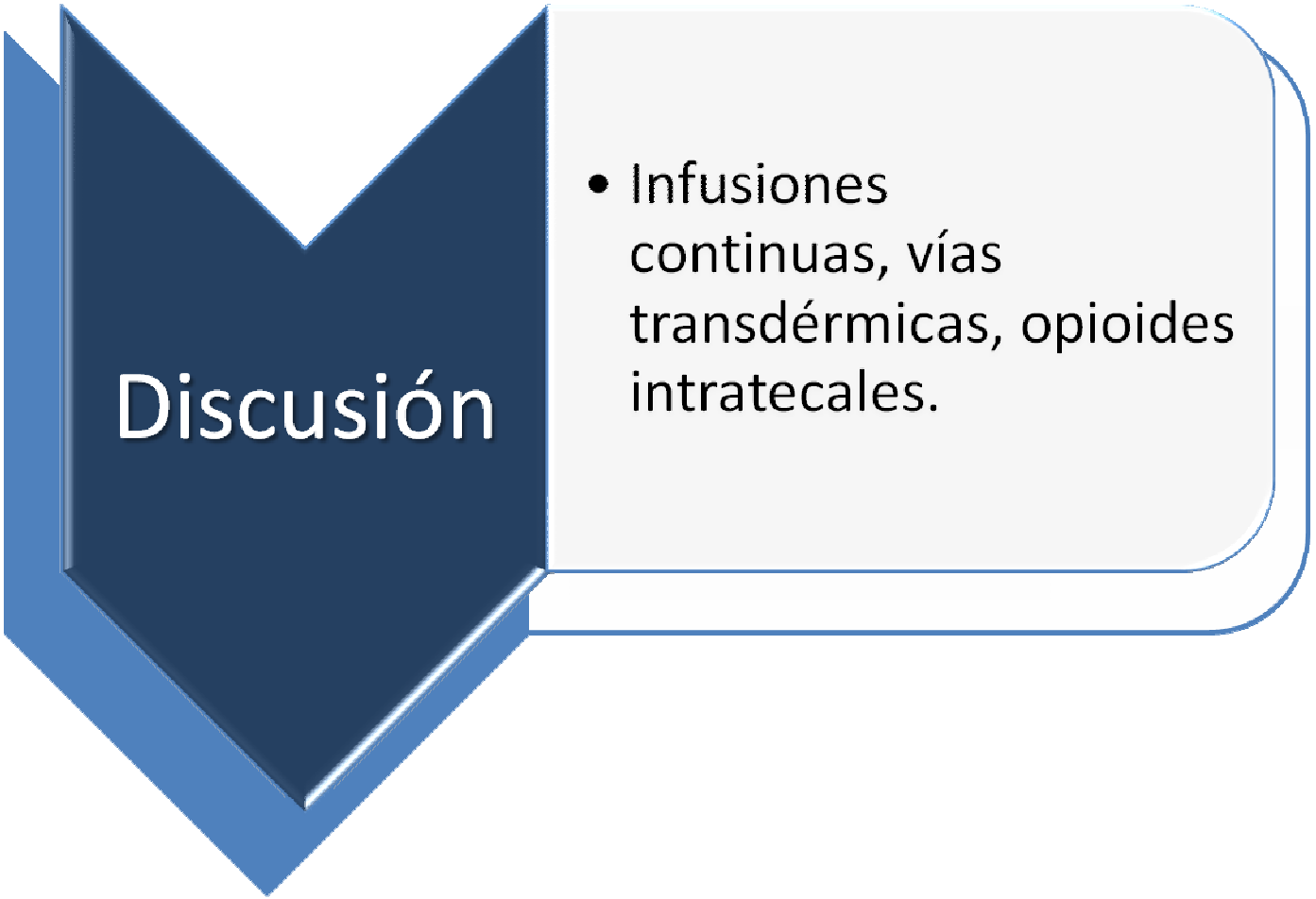
INDICACIÓN	MEDICAMENTO
Dolor	Hidromorfona, Morfina
Náusea y Vómito	Ondansetrón, Metoclopramida, Dexametasona,Haloperidol.
Deshidratación	SSN 0.9%, DSS
Sedación Paliativa	Midazolam

Servicio de Cuidados Paliativos. Fundación Santa Fe de Bogotá

COMPLICACIONES ASOCIADAS AL USO DEL CATETER SUBCUTÁNEO
ENERO-ABRIL 2010



Servicio de Cuidados Paliativos. Fundación Santa Fe de Bogotá



Adaptado de Journal of Palliative Medicine. Vol. 8, 5. 2005

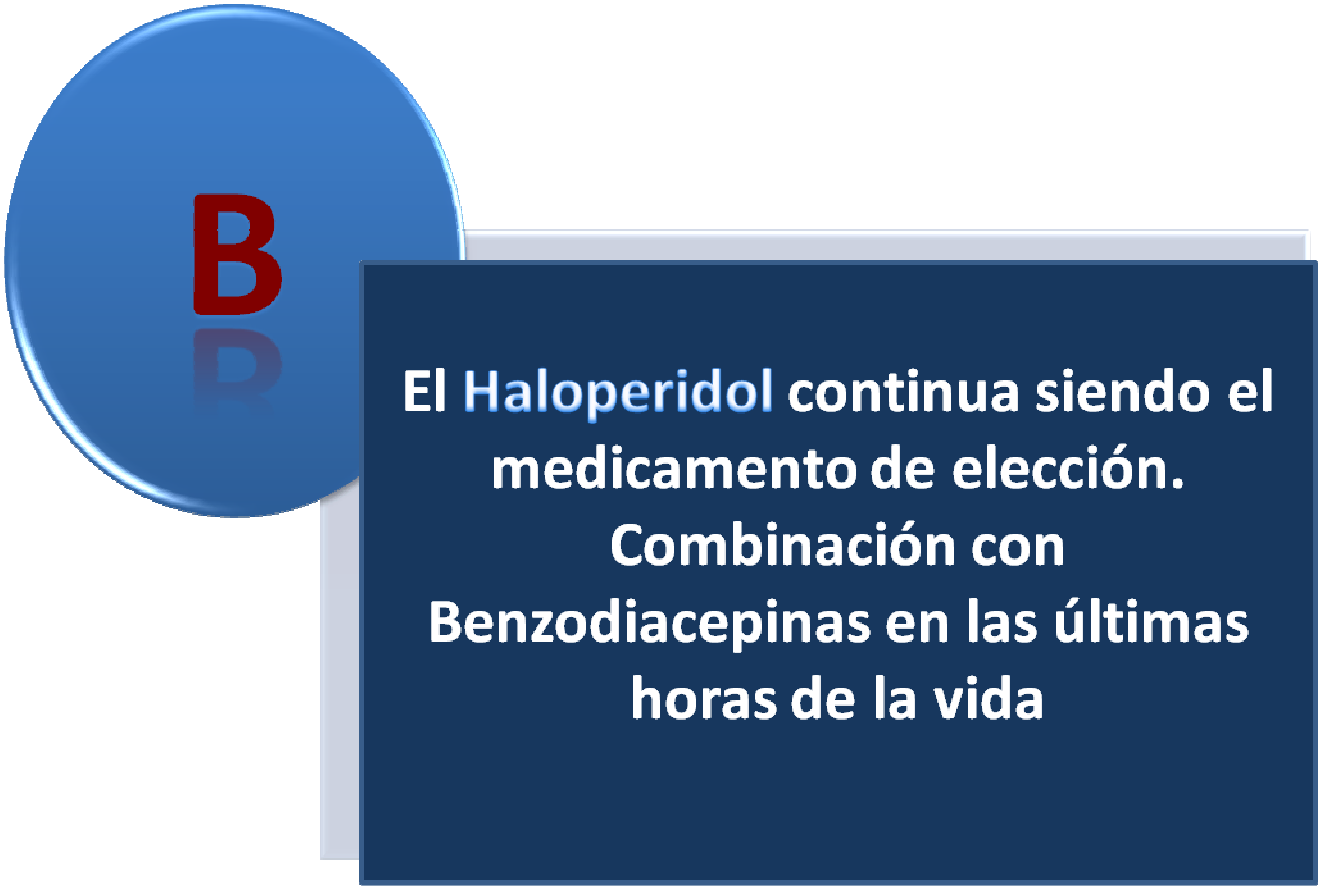
Discusión

B

- **La oxigenoterapia solamente es efectiva en presencia de hipoxémia, o si existe mejoría de los síntomas**

- Uso de sistemas de alto flujo, pertinencia de oximetrías, gases arteriales.
- Manejo de secreciones
- Opioides más Benzodiacepinas.

Adaptado de Journal of Palliative Medicine. Vol. 8, 5. 2005



Adaptado de Journal of Palliative Medicine. Vol. 8, 5. 2005

Los opioides, las benzodiacepinas,

propofol son los medicamentos de elección para la sedación paliativa

B

Definición de sedación paliativa.

El principio del doble efecto.

Diferencias con la eutanasia

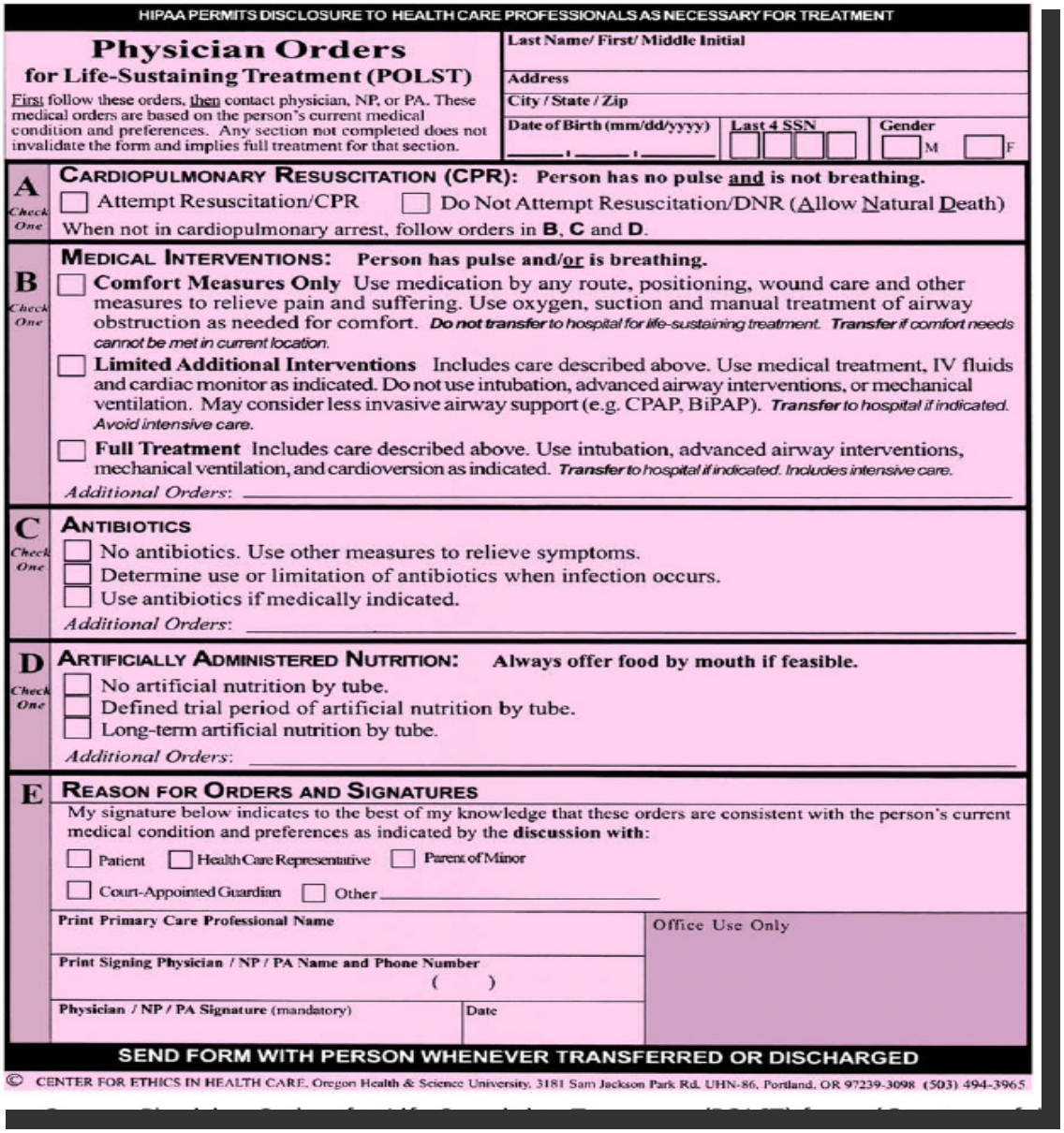
Discusión

Adaptado de Journal of Palliative Medicine. Vol. 8, 5. 2005
NHPCO position statement on the use of Palliative Sedation. 2010



Adaptado de Journal of Palliative Medicine. Vol. 8, 5. 2005

Voluntad anticipada y ordenes de no reanimación



HIPAA PERMITS DISCLOSURE TO HEALTH CARE PROFESSIONALS AS NECESSARY FOR TREATMENT

Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST)

First follow these orders, then contact physician, NP, or PA. These medical orders are based on the person's current medical condition and preferences. Any section not completed does not invalidate the form and implies full treatment for that section.

Last Name/ First/ Middle Initial

Address

City / State / Zip

Date of Birth (mm/dd/yyyy) ___ , ___ , ___

Last 4 SSN ☐☐☐☐

Gender ☐ M ☐ F

A Check One — **CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR):** Person has no pulse and is not breathing.

☐ Attempt Resuscitation/CPR ☐ Do Not Attempt Resuscitation/DNR (Allow Natural Death)

When not in cardiopulmonary arrest, follow orders in **B**, **C** and **D**.

B Check One — **MEDICAL INTERVENTIONS:** Person has pulse and/or is breathing.

☐ **Comfort Measures Only** Use medication by any route, positioning, wound care and other measures to relieve pain and suffering. Use oxygen, suction and manual treatment of airway obstruction as needed for comfort. *Do not transfer to hospital for life-sustaining treatment. Transfer if comfort needs cannot be met in current location.*

☐ **Limited Additional Interventions** Includes care described above. Use medical treatment, IV fluids and cardiac monitor as indicated. Do not use intubation, advanced airway interventions, or mechanical ventilation. May consider less invasive airway support (e.g. CPAP, BiPAP). *Transfer to hospital if indicated. Avoid intensive care.*

☐ **Full Treatment** Includes care described above. Use intubation, advanced airway interventions, mechanical ventilation, and cardioversion as indicated. *Transfer to hospital if indicated. Includes intensive care.*

Additional Orders: _____

C Check One — **ANTIBIOTICS**

☐ No antibiotics. Use other measures to relieve symptoms.
☐ Determine use or limitation of antibiotics when infection occurs.
☐ Use antibiotics if medically indicated.

Additional Orders: _____

D Check One — **ARTIFICIALLY ADMINISTERED NUTRITION:** Always offer food by mouth if feasible.

☐ No artificial nutrition by tube.
☐ Defined trial period of artificial nutrition by tube.
☐ Long-term artificial nutrition by tube.

Additional Orders: _____

E — **REASON FOR ORDERS AND SIGNATURES**

My signature below indicates to the best of my knowledge that these orders are consistent with the person's current medical condition and preferences as indicated by the **discussion with:**

☐ Patient ☐ Health Care Representative ☐ Parent of Minor
☐ Court-Appointed Guardian ☐ Other _____

Print Primary Care Professional Name

Office Use Only

Print Signing Physician / NP / PA Name and Phone Number ( )

Physician / NP / PA Signature (mandatory)

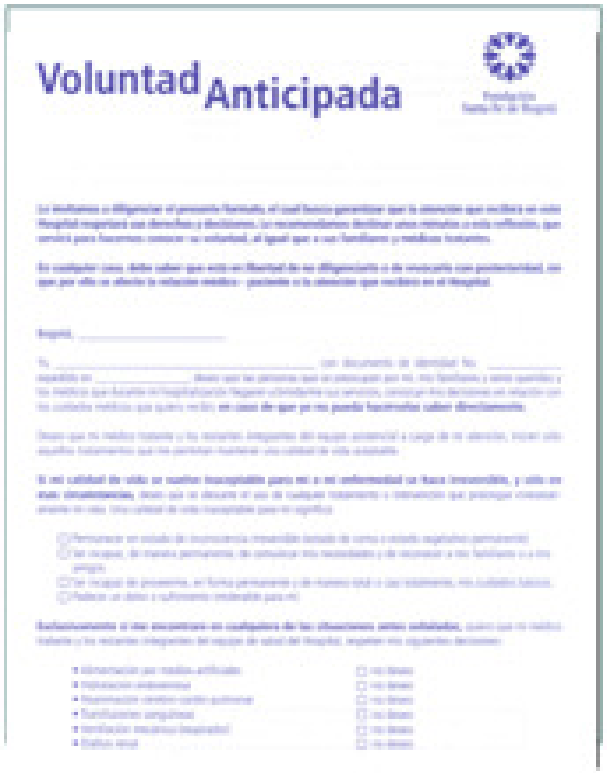
Date

SEND FORM WITH PERSON WHENEVER TRANSFERRED OR DISCHARGED

© CENTER FOR ETHICS IN HEALTH CARE, Oregon Health & Science University, 3181 Sam Jackson Park Rd, UHN-86, Portland, OR 97239-3098 (503) 494-3965

Emerg Med Clin N Am 27 (2009) 341

VOLUNTAD ANTICIPADA


Voluntad Anticipada

Fundación Santa Fe de Bogotá



Fundación Santa Fe de Bogotá

Comunicación con la familia.

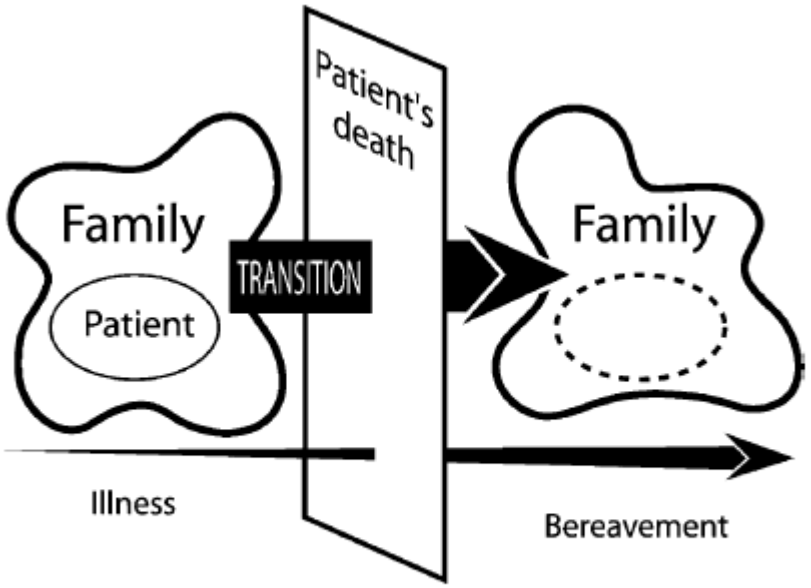


Fig. 1. Family transitions.

Clin Geriatr Med 20 (2004) 641


¿Es profunda, doctor?