

8 Sedación paliativa

Pregunta

- En pacientes en situación de últimos días, ¿cuáles son los beneficios de la sedación paliativa en el alivio del sufrimiento y el control de síntomas refractarios?

Recomendaciones

1. Se sugiere aplicar sedación paliativa en pacientes en situación de últimos días consufrimiento causado por uno o más síntomas refractarios [*Débil a favor*].

Consideraciones clínicas relevantes

Para favorecer la implementación de la recomendación, se aportan una serie de consideraciones clínicas relevantes, algoritmo para la evaluación de la refractariedad, las dosis y observaciones de los fármacos recomendados, el algoritmo para el uso de fármacos, las escalas para la valoración del control del síntoma refractario y el grado de sedación, y los cuidados de confort en la sedación.

- El fármaco de elección para la sedación paliativa, tanto en el ámbito domiciliario como hospitalario es el midazolam (ver dosis de inducción y mantenimiento en anexo 11). La alternativa más habitual es la levomepromazina, de primera elección en caso de delirium. En caso de fracaso de los anteriores, otras alternativas son el fenobarbitalo el propofol (ámbito hospitalario) (ver algoritmo en anexo 11).
- Es recomendable consensuar con otro profesional la situación de refractariedad, parano confundirlo con un síntoma de difícil manejo e indicar correctamente una sedación paliativa. Identificada la situación de refractariedad, debe registrarse en la historia clínica (ver algoritmo de refractariedad en anexo 11).
- Antes de iniciar la sedación paliativa se debe obtener el consentimiento del paciente; puesto que en SUD puede ser perjudicial o maleficiente se recomienda abordar el tema con anterioridad o de manera anticipada. Se debe comprobar si tiene documento de instrucciones previas o anotaciones en la historia clínica en las que se reflejen sus deseos en este sentido. En caso de incapacidad o en caso de que se considere maleficiente obtener el consentimiento explícito y no tenga documento de instrucciones previas ni anotaciones en la historia clínica, será la familia/allegados/cuidador principal quienes otorguen el consentimiento verbal, según lo estipulado para el consentimiento por representación. Se actuará siempre según el criterio de mayor beneficio para el paciente. El proceso de consentimiento y toma de decisiones compartida debe registrarse en la historia clínica.
- Los fármacos sedantes empleados (principalmente benzodiazepinas) deben ser titulados para alcanzar el nivel de sedación requerido (que puede ser superficial, inter-medio o profundo).
- Las dosis y combinaciones de fármacos deberán ser proporcionadas al control

del síntoma refractario. En situaciones de emergencia (hemorragia masiva, obstrucción respiratoria abrupta) existe consenso para recomendar desde el inicio sedación paliativa profunda continua.

- Se monitorizará el control del síntoma refractario y el nivel de sedación obtenido con el fin de garantizar el buen control y la proporcionalidad. Se recomienda utilizar escalas estandarizadas (por ejemplo, la escala de Ramsay o la RASS) (ver escalas en anexo 11).
- En un paciente en sedación paliativa se realizará adecuación terapéutica:
 - Retirando la nutrición artificial si la estaba recibiendo.
 - La hidratación se mantendrá o no dependiendo del balance beneficio-riesgo individualizado (ver apartado de hidratación).
 - Respecto a los fármacos únicamente se mantendrán (o añadirán) aquellos necesarios para el control de síntomas.
- Es importante mantener todas aquellas medidas orientadas al bienestar y confort, asegurándose en todo momento, que se realiza todo lo posible por aliviar su sufrimiento. Salvo en situaciones excepcionales, no se recomienda el control de constantes vitales (ver información sobre cuidados en anexos).
- Se mantendrá una actitud de disponibilidad y acompañamiento con la familia y allegados, explicando que el objetivo de la sedación paliativa no es acortar la vida sino aliviar el sufrimiento causado por un síntoma que no se ha podido controlar de otro modo; se aportará toda la información que la familia y allegados puedan precisar sobre el proceso de sedación y adecuación terapéutica (ver documento de información a pacientes y familiares).
- Se dejará registro por escrito en la historia clínica del paciente de:
 - Determinación de la situación de refractariedad.
 - Proceso de obtención del consentimiento y toma de decisiones.
 - Nivel de sedación indicado, fármacos y dosis.
 - Monitorización del nivel de control del síntoma refractario y el nivel de sedación alcanzado.
- Debería garantizarse que las recomendaciones de sedación paliativa pudiesen ser implementadas independientemente del nivel asistencial o el tipo de patología de base (por ejemplo, diferencias que puede haber en función del lugar de residencia o de si la enfermedad es oncológica o no oncológica).

Justificación

El GEG ha formulado una recomendación débil a favor de aplicar sedación paliativa en esta población (pacientes en SUD con sufrimiento causado por uno o más síntomas refractarios) debido a que la calidad de la evidencia sobre los efectos es globalmente muy baja y a que probablemente la incertidumbre o la variabilidad sobre como los pacientes y familiares valoran los desenlaces son importantes.

Se han elaborado también una serie de consideraciones clínicas relevantes y relacionadas con la implementación de la recomendación realizada. Estas están orientadas a favorecer el proceso de sedación paliativa, incluyendo: la necesidad de

consenso en el equipo multidisciplinar sobre la indicación de sedación, la obtención del consentimiento informado, el tipo de sedación, la monitorización, medidas de adecuación terapéutica y de confort, la actitud de los profesionales, así como el registro del proceso en la historia clínica.