

Anexo 11. Material complementario al capítulo de sedación paliativa

Cuidados antes y durante la sedación paliativa

Antes de la sedación:

- Se proporcionarán cuidados de confort y alivio de los síntomas físicos.
- Se intentará un adecuado acompañamiento facilitando las despedidas.
- En el medio hospitalario, se intentará proporcionar una habitación individual para preservar la intimidad durante el proceso de sedación y muerte.
- Se obtendrá el consentimiento expreso del paciente en la medida de lo posible; en los casos en que se considere maleficente se obtendrá el consentimiento verbal de la familia/allegados.

Una vez **iniciada la sedación** y durante la misma se llevará a cabo el plan de cuidados programado:

- Asegurarse de que el paciente y la familia han sido correctamente informados acerca de la sedación paliativa y consienten su realización.
- Si el paciente está en su domicilio se valorarán las condiciones de salubridad adecuadas, identificando los factores de riesgo social y de salud para cumplir dichas condiciones.
- Se instruirá a los cuidadores en cuidados en situación de últimos días y se capacitará a los cuidadores en el manejo de vía subcutánea, uso de rescates si precisa y en todas las medidas de confort.
- Administrar rescates pautados para aliviar los síntomas que pudieran aparecer durante la sedación.
- Cuidar la vía por la que se administra la medicación para evitar complicaciones en la zona de infusión (flebitis, irritación, acodamiento, salida accidental del catéter, etc).
- Evaluar el nivel de sedación (escala RASS, Ramsay) y monitorizar los síntomas.
- Mantener en todo momento un proceso de comunicación continuada con el paciente y la familia, cuidando aspectos verbales y no verbales.
- Proporcionar unas condiciones ambientales adecuadas: luz tenue, temperatura adecuada, evitar estímulos auditivos desagradables o poco significativos para el enfermo, y procurar que el número de personas en la habitación permita la comodidad y siga los deseos del paciente.
- Mantener medidas de confort (higiene, cuidados de la piel y de la boca) reduciéndolas a las imprescindibles para evitar incomodar. Limitar los cambios posturales a los imprescindibles para proporcionar comodidad y evitarlos en las últimas horas de vida.
- Si hay estertores eliminar las secreciones que pudieran llegar a la boca, procurando comodidad. Se recomienda el decúbito lateral para facilitar la expulsión de secreciones. Evitar la aspiración profunda.

- Evitar la toma de constantes vitales si no es estrictamente necesario.
- Si hay fiebre aplicar medidas de confort con paños en la frente mojados con agua a temperatura ambiente (evitar agua helada).
- Si fuera necesaria la realización de curas limitar el procedimiento a lo imprescindible para procurar confort (control del exceso de exudado y olor). El desbridamiento constante está contraindicado.
- Evitar la administración de enemas ya que esto puede provocar incomodidad.
- Vigilar la retención urinaria y valorar la necesidad de sondaje vesical si fuera necesario (sólo si la retención genera incomodidad).
- Adaptar la alimentación al nivel de conciencia y deseos del paciente. La nutrición forzada no contribuye a mejorar la calidad de vida del paciente y puede provocar broncoaspiraciones. La nutrición parenteral está contraindicada.
- En cuanto a la hidratación adaptarla a los deseos del paciente y a su nivel de conciencia.
- Dar apoyo a la familia, facilitar que expresen sus preocupaciones y aclarar sus dudas. Informar sobre la evolución y los cuidados.
- Facilitar la presencia de personas significativas para el enfermo e invitarles a colaborar en los cuidados si lo desean.
- Facilitar asistencia espiritual según preferencias del paciente y familia.
- Facilitar información sobre el momento de la muerte, incluyendo trámites burocráticos si es necesario.
- Prestar especial atención al cuidador o cuidadora principal, reforzando su papel y promoviendo que otras personas se impliquen para que pueda descansar.
- Si hay menores en el entorno cercano facilitarles participar en el proceso y acompañar en la medida que quieran (ver guía de familiares).
- Empezar cuanto antes acciones destinadas a facilitar el duelo de la familia.
- Aportar información sobre trámites a los familiares. Puede ser necesaria la participación del trabajador social sanitario, sobre todo cuando sea necesaria la coordinación con servicios sociales y tercer sector, u otras coordinaciones no sanitarias. En el documento de información para familias se incluye alguna información sobre trámites.

Tabla 18. Algoritmo de refractariedad

1. ¿Existen más intervenciones capaces de proporcionar mayor alivio?
2. ¿La morbilidad prevista de la intervención es tolerable para el paciente?
3. ¿Las intervenciones propuestas proporcionan alivio dentro de un marco de tiempo razonable?
Si la respuesta a cualquiera de estas tres preguntas es “no” se trata de síntomas refractarios para los que puede ser necesario considerar la sedación paliativa.

Fuente: adaptado de National Ethics Committee VHA (2006) (240).

Tabla 19. Fármacos recomendados para sedación paliativa

Fármaco*	Dosis recomendada**	Observaciones	Compatibilidad
MIDAZOLAM	Sedación vía SC: <i>Inducción: 2,5-5 mg</i> <i>Perfusión: 15-30 mg en 24 h</i> <i>Rescate: bolos 2,5-5 mg</i> Sedación vía IV: <i>Inducción: 1,5-3 mg cada 5 min hasta que esté sedado*** (la suma de dosis requeridas será la dosis de inducción)</i> <i>Perfusión: dosis de inducción x 6</i> <i>Rescate: dosis de inducción</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Doblar la dosis si el paciente ya tomaba benzodiazepinas. - Dosis máxima: 200 mg/día (dosis mayores pueden provocar agitación paradójica). - Se puede administrar por vía SC (uso de la vía no recogido en ficha técnica). No es necesario diluir para su administración SC. - Presentación: ampollas 15 mg/3 ml (para vía subcutánea); ampollas de 5 mg/5 ml, ampollas 50 mg/10 ml. 	<ul style="list-style-type: none"> - Butilescopolamina - Cloruro mórfico - Fentanilo - Haloperidol - Ketamina - Levomepromazina - Metadona - Metoclopramida - Octreótido - Ondansetrón - Oxycodona - Tramadol
LEVOME-PROMAZINA	En este caso las dosis son similares para ambas vías sc/iv. <i>Inducción: 12,5-25 mg</i> <i>Perfusión: 75-100 mg/día</i> <i>Rescate: 12,5-25 mg</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Sedación cuando el síntoma predominante es el delirium. - Dosis máxima: 300 mg. - Se puede administrar vía SC (uso de la vía no recogido en ficha técnica). - Larga vida media, puede administrarse dosis única diaria en bolo SC. - Produce irritación en el punto de infusión, por lo que se cambiará la vía frecuentemente. - Presentación: ampollas 25 mg/1 ml. 	
FENOBAR-BITAL	Sedación vía SC: <i>Inducción: 100-200 mg</i> <i>Perfusión: 600-800 mg/día</i> <i>Rescate: bolos 100 mg</i> Sedación vía IV: <i>Inducción: 2 mg/kg lento</i> <i>Perfusión: 1 mg/kg/h y modificar según respuesta</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Previamente suspender perfusión de BZD o neurolépticos y reducir los opioides a la mitad. - Indicado si falla midazolam y levomepromazina. - Ventaja de uso en domicilio si fallan los anteriores, por la posibilidad de vía subcutánea. - Presentación: ampollas de 200 mg/ml. 	<ul style="list-style-type: none"> - No mezclar con otros fármacos.
PROPOFOL	Sedación IV: <i>Inducción: 1-1,5 mg/kg</i> <i>Perfusión: 2 mg/kg/h</i> <i>Rescate: bolos de 50 % de la dosis de inducción</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Previamente suspender perfusión de BZD o neurolépticos y reducir los opioides a la mitad. - Uso hospitalario (uso exclusivo IV). - Presentación: ampollas de 20, 50 y 100 ml; conteniendo 10 mg/ml. - Indicado si falla midazolam y levomepromazina. 	<ul style="list-style-type: none"> - No mezclar con otros fármacos.

(*) Indicación no recogida en ficha técnica para ninguno de los fármacos recomendados

(**) La dosis debe individualizarse teniendo en cuenta la respuesta clínica de cada paciente y las recomendaciones de la ficha técnica.

(***) Diluir 1 ampolla de midazolam de 15 mg/3 ml en 7 ml de suero fisiológico. Administrar 1 ml (1,5 mg) iv cada 5 minutos hasta conseguir RAMSAY 2-3.

Fuente: modificado de GPC de Cuidados Paliativos (2008) (20).

Tabla 20. Escala de Ramsay

Nivel	Descripción
Nivel I	Paciente agitado, angustiado
Nivel II	Paciente tranquilo, orientado y colaborador
Nivel III	Paciente con respuesta a estímulos verbales
Nivel IV	Paciente con respuesta rápida a la presión glabellar o estímulo doloroso
Nivel V	Paciente con respuesta perezosa a la presión glabellar o estímulo doloroso
Nivel VI	Paciente sin respuesta

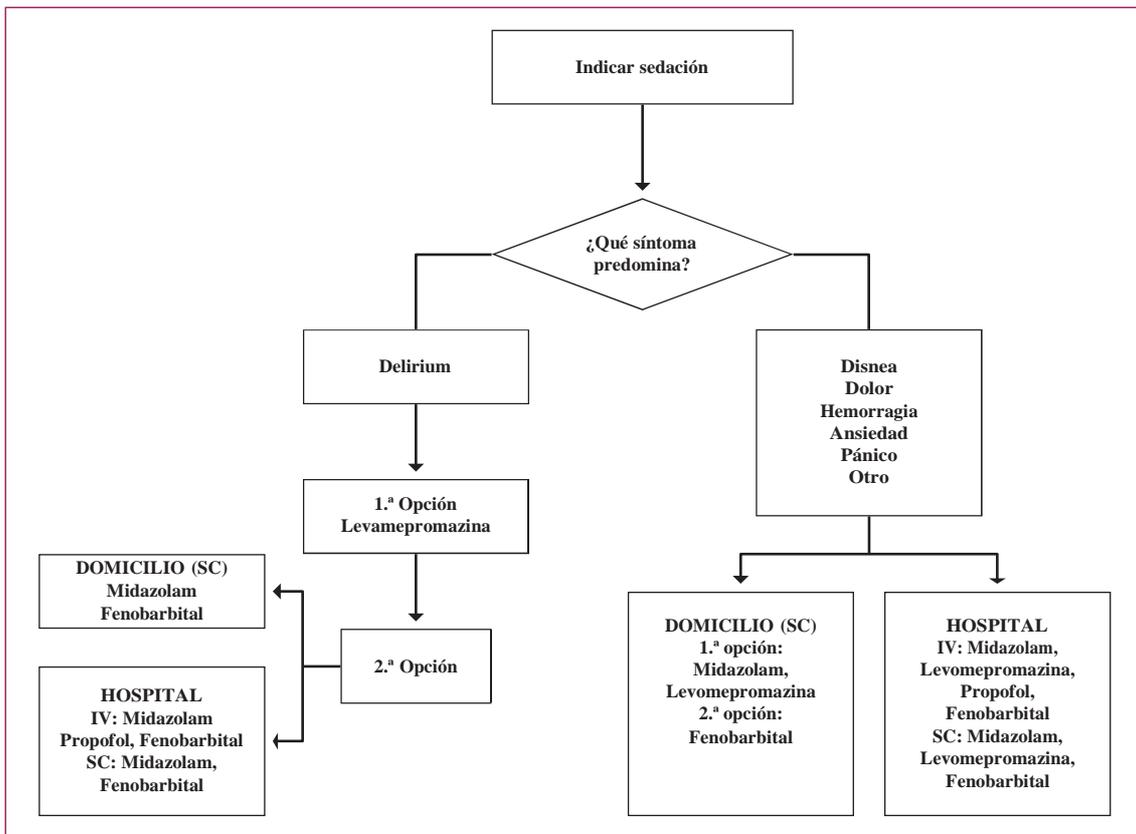
Fuente: tomado de GPC de Cuidados Paliativos (2008) (20).

Tabla 21. Escala de Agitación en la Sedación de Richmond (RASS)

Puntuación	Término	Descripción	
4	Combativo	Abiertamente combativo, violento, peligro directo para los profesionales	
3	Muy agitado	Tira o se quita la sonda o catéter; agresivo	
2	Agitado	Se mueve con frecuencia de manera no intencionada, intenta quitarse la mascarilla o gafas nasales de oxigenoterapia	
1	Inquieto	Ansioso pero no agresivo en los movimientos	
0	Despierto y calmado		
-1	Adormilado	No contempla alerta, pero mantiene los ojos abiertos (ojos abiertos/contacto visual) cuando le hablan (10 o más segundos)	Estimulación verbal
-2	Sedación ligera	Mantiene los ojos abiertos por poco tiempo cuando le hablan (menos de 10 segundos)	
-3	Sedación moderada	Se mueve o abre los ojos cuando le hablan pero no mantiene contacto visual	
-4	Sedación profunda	No responde a un estímulo verbal pero se mueve o abre los ojos ante una estimulación física	Estimulación física
-5	Inconsciente	No responde a la voz ni a estímulos físicos	
Procedimiento para la evaluación del RASS			
1. Observe al paciente			
a) El paciente está alerta, inquieto o agitado			Puntuación de 0 a +4
2. Si no está alerta, diga su nombre y que abra los ojos y mire a quien le habla			
a) El paciente despierta y mantiene los ojos abiertos y contacto visual			Puntuación de -1
b) El paciente despierta con ojos abiertos y contacto visual pero no lo mantiene			Puntuación de -2
c) El paciente realiza algún movimiento como respuesta a la voz pero no hay contacto visual			Puntuación de -3
3. Si no responde a estímulos verbales, estimule físicamente al paciente tocándole el hombro y/o frotando el esternón			
a) El paciente realiza algún movimiento ante la estimulación física			Puntuación de -4
b) El paciente no responde a ninguna estimulación			Puntuación de -5

Fuente: tomado de guía clínica de sedación paliativa del Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura (206).

Figura 3. Algoritmo para el uso de fármacos en la sedación.



Fuente: tomado de GPC de Cuidados Paliativos (2008) (20).