

Protocolo para el Seguimiento
del Tratamiento Farmacológico
Individualizado en Pacientes con

Sedación Paliativa



Protocolo para el Seguimiento
del Tratamiento Farmacológico
Individualizado en Pacientes con
Sedación Paliativa



PROTOCOLO para el seguimiento del tratamiento farmacológico individualizado en pacientes con sedación paliativa [Recurso electrónico] / coordinación técnica, Berenguer García M^a José, Gómez Arcas Marina. -- [Sevilla] : Consejería de Salud y Bienestar Social, 2012

Texto electrónico (pdf), 50 p.

1. Protocolos clínicos 2. Atención paliativa
3. Sedación consciente 4. Sedación profunda
5. Andalucía I. Berenguer García, María José II. Gómez Arcas, Marina III. Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social
WB 310



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons
Reconocimiento-NoComercial-Sin obras derivadas 3.0 España

1^a edición, 2012

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud de Bienestar Social

EQUIPO DE TRABAJO.

Camacho Pizarro, Tomás.

Médico. Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva.

De la Ossa Sendra, M^a Jesús.

Enfermera. Coordinadora Asistencial. Fundación CUDECA.

Duarte Rodríguez, Miguel

Enfermero. Gestor de Casos del C.S. El Cachorro. Distrito Sanitario Sevilla.

Fernández López, Auxiliadora

Médico. Unidad de Hospitalización Domicilio/ESDCP .UCAMI.HH.UU Virgen del Rocío. Sevilla.

Fernández Romero, Rita I.

Enfermera. Equipo Soporte de Cuidados Paliativos. Área Sanitaria Norte de Málaga.

Luna Cano, Juan José.

Médico. UGC El Rancho, Morón de la Frontera. Sevilla

Rodríguez Castilla, Juan.

Farmacéutico. Unidad de Gestión Clínica Interniveles de Farmacia. AGS Norte de Huelva.

REVISIÓN EXTERNA

Cía Ramos, Rafael.

Médico. Unidad de Hospitalización Domicilio/ESDCP.UCAMI.HH.UU Virgen del Rocío. Sevilla. Director del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos.

Pérez Espina, Rosa.

Enfermera. Equipo de soporte de cuidados paliativos. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Boceta Osuna, Jaime.

Médico de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria y Cuidados Paliativos. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Carralero García, Pablo.

Medico del Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos.Fundación CUDECA

COORDINACIÓN TÉCNICA

Berenguer García, M^a José.

Enfermera. Unidad de Calidad del Hospital Reina Sofia Hospital Reina Sofia. Córdoba.

Gómez Arcas, Marina.

Estrategia de Cuidados de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social.

COLABORACIONES

Dotor Gracia, Marisa y Sanz Amores, Reyes.

Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud y Bienestar Social.

Molina López, Teresa.

Subdirección de Farmacia. Dirección General de Asistencia SSPA.

Carrascosa García, M^a Isabel.

Enfermera.Unidad de Formación y Calidad del Complejo Hospitalario de Jaén.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ASENHOA

SAMFYC

SACPA

ASANEC

Índice

1	Introducción	→5
2	Criterios generales de aplicación	→6
3	Marco conceptual	→8
4	Normas de calidad	→12
5	Seguimiento protocolizado del tratamiento farmacológico individualizado para sedación paliativa con midazolam	→16
6	Seguimiento protocolizado del tratamiento farmacológico individualizado para sedación paliativa con levomepromazina	→21
7	Seguimiento protocolizado farmacológico individualizado en sedación paliativa; tratamiento coadyuvante con morfina	→26
8	Seguimiento protocolizado farmacológico individualizado en sedación paliativa; tratamiento coadyuvante con haloperidol	→26
9	Seguimiento protocolizado farmacológico individualizado en sedación paliativa; Tratamiento coadyuvante con butilbromuro de hioscina. Buscapina®	→33
10	Indicadores de calidad	→36
11	Glosario de términos	→38
12	Anexos	→40
13	Bibliografía	→46

1 Introducción

El “Decreto por el que se define la actuación de las enfermeras y los enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía”, tiene como finalidad prioritaria, la mejora de la seguridad y el beneficio de los pacientes, desde el reconocimiento de que el ejercicio de la práctica profesional de las enfermeras, implica necesariamente la utilización de medicamentos y productos sanitarios. Por lo tanto, las enfermeras y enfermeros pueden:

- Indicar y prescribir los productos sanitarios (efectos y accesorios) incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía, a los pacientes a los que presten sus cuidados.
- Usar e indicar los medicamentos que no requieren receta médica.
- Colaborar con los profesionales médicos y odontólogos en programas de seguimiento protocolizado.

Conviene destacar lo siguiente:

- Las/los enfermeras/os tienen la misión de prestar cuidados orientados a la promoción, el mantenimiento y recuperación de la salud, así como la prevención de enfermedades y discapacidades. Por ello, reciben una adecuada formación clínica y farmacológica, en su formación pre y postgrado.
- Las/los enfermeras/os son los principales responsables del proceso del cuidar por lo que, dentro de sus competencias, está la resolución de situaciones donde, sea necesaria la prescripción de productos sanitarios (efectos y accesorios) y de medicamentos que no requieren receta, así como el seguimiento protocolizado de determinados tratamientos farmacológicos individualizados, en el marco de la actuación del equipo de salud.
- El objetivo que se pretende es mejorar la accesibilidad y la continuidad de la asistencia, tanto para los pacientes como para las personas cuidadoras, ofreciendo una atención integral, optimizando los tiempos de atención y el uso de los recursos.
- La actuación de las enfermeras y de los enfermeros se encuadra en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público Andaluz, basada ésta, en criterios terapéuticos de evidencia científica demostrada, de eficiencia y de trabajo en equipo.
- Los principios que inspiran el nuevo Decreto sobre la actuación de las enfermeras y los enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía, se basa en las competencias que, en materia de asistencia sanitaria, ostentan las Comunidades Autónomas, y responden al objetivo de proporcionar una mejor atención sanitaria a los ciudadanos.

Los valores que inspiran el nuevo decreto son la **mejora de la accesibilidad** de los usuarios, la normalización de la **cooperación multidisciplinar** y la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público a través de un **uso eficiente de los recursos** disponibles.

2 Criterios generales de aplicación

Este documento contempla el “Seguimiento protocolizado del tratamiento farmacológico individualizado, en aquellos pacientes en los que se ha instaurado una Sedación Paliativa”, como desarrollo del “Decreto por el que se define la actuación de las enfermeras y los enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía”, donde se recoge lo siguiente:

“Artículo 1. Objeto y ámbito de aplicación. Constituye el objeto del presente Decreto, definir actuaciones específicas de las enfermeras y enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Artículo 4. Seguimiento protocolizado de tratamientos farmacológicos individualizados.

1. Las enfermeras y enfermeros del Sistema Sanitario Público de Andalucía acreditadas al efecto por la Consejería competente en materia de salud, en el ejercicio de su actuación profesional, tanto en el ámbito de los cuidados generales como en los especializados y en el marco de los principios de atención integral de salud y para la continuidad asistencial, podrán cooperar en el seguimiento protocolizado de determinados tratamientos individualizados, que se establezcan en una previa indicación y prescripción médica u odontológica.

2. Corresponde al profesional de la medicina o de la odontología, que prescribe el tratamiento al paciente, autorizar, expresamente, la realización del correspondiente seguimiento protocolizado a que hace referencia el apartado 1.

3. A los efectos previstos en este artículo, será obligatorio dejar constancia, en la historia clínica del paciente, de una descripción detallada del tratamiento inicial y la identificación del profesional de la medicina o de la odontología que lo prescribe; de la autorización expresa de éste para que sea seguido y, en su caso, modificado, por una enfermera o enfermero, conforme al protocolo establecido o autorizado por la Consejería competente en materia de salud, así como, de la correcta identificación de todos y cada uno de los cambios que se introduzcan en el citado tratamiento y del profesional que los ordena, debiendo hacer constar la fecha y hora en que se produce cada anotación. Todo ello deberá realizarse en una hoja de tratamiento única y compartida por los y las profesionales que atienden al paciente.

2. Criterios generales de aplicación

4. En el caso de que el acceso al medicamento deba realizarse a través de oficinas de farmacia, el seguimiento protocolizado del tratamiento, sólo podrá realizarse si la prescripción médica u odontológica correspondiente, se ha producido a través del sistema de receta médica electrónica.

5. Corresponde a la Consejería competente en materia de salud establecer, los tratamientos farmacológicos susceptibles de seguimiento por parte de las enfermeras y enfermeros y autorizar o establecer sus correspondientes protocolos, así como fijar los requisitos específicos y procedimientos para la acreditación, contando, para todo ello, con la correspondiente participación profesional y el asesoramiento de las sociedades científicas y organizaciones profesionales.

Los protocolos, establecidos o autorizados por la Consejería de Salud, contemplarán, al menos, los parámetros del tratamiento ajustables por dichos profesionales y los rangos de ajuste autorizados para cada uno. En ningún caso podrá modificarse el principio activo o la marca del medicamento prescrito por el profesional de la medicina o de la odontología¹.

- Con carácter previo a la aplicación del “Protocolo de Seguimiento Farmacológico Individualizado en pacientes con sedación paliativa”, las enfermeras y enfermeros deben reunir los criterios que las/os acrediten para el desarrollo de esta nueva competencia.

¹ DECRETO 307/2009, de 21 de julio, por el que se define la actuación de las enfermeras y los enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

3 Marco conceptual

Los Cuidados Paliativos (CP), tienen entre sus objetivos, aliviar el sufrimiento y proporcionar una atención integral al paciente y familia en situación terminal, para mejorar en la medida de lo posible, la calidad de vida en el proceso final de la misma.

Los CP están considerados como un área prioritaria de intervención de salud en todas las comunidades autónomas. En la comunidad Andaluza desde los años 80 se dispone de recursos de CP en el seno de la sanidad pública, con unidades específicas y equipos de soporte domiciliario. Junto a ello, y en el marco del primer Plan de Calidad, se puso en marcha en el año 2002 el Proceso Asistencial Integrado Cuidados Paliativos².

Asimismo, en el primer y segundo Plan Integral de Oncología de Andalucía 2006-2012³ incorpora los CP como una línea de actuación, favoreciendo el desarrollo de recursos destinados a este fin para pacientes en situación terminal, fundamentalmente por enfermedad oncológica, si bien se plantea también, al igual que en el proceso asistencial, para pacientes no oncológicos. En el año 2007⁴, se realiza la revisión del primer Proceso Asistencial Integrado 2002 de CP, y se incluye como población diana al paciente oncológico y no oncológico de cualquier edad en situación terminal, estableciendo un nuevo modelo asistencial basado en la atención compartida en función de la complejidad. A finales del año 2007 se presenta e inicia su aplicación el Plan Andaluz de Cuidados paliativos 2008-2012 culminando la Ley 2/2010 del 8 de abril donde se legislan los derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso de muerte⁵.

En el marco de los CP, el objetivo de la Sedación Paliativa es el alivio del sufrimiento provocado por uno o más síntomas refractarios en el paciente en situación terminal.

En CP entendemos por sedación, exclusivamente la administración de fármacos adecuados para disminuir el nivel de conciencia del enfermo, con el objetivo de controlar algunos síntomas. Puede ser SEDACION PALIATIVA O SEDACION EN LA

² Plan Integral de Oncología de Andalucía 2002-2006 Sevilla. Consejería de Salud. 2002

³ ANDALUCÍA. Plan Andaluz de Cuidados Paliativos (2008-2012) Plan andaluz de cuidados paliativos, 2008-2012 [Sevilla: Consejería de Salud, [2007] http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/cs salud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_oncologia/plan_oncologia_2007_12.pdf

⁴ Cuidados Paliativos. Proceso Asistencial Integrado / [autores, Rafael Cía Ramos. et al.] . 2ª ed. [Sevilla] : Consejería de Salud [2007] http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/cs salud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/cuidados_paliativos/cuidados_paliativos.pdf

⁵ Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte <http://www.juntadeandalucia.es/boja/boletines/2010/88/d/1.html>

3. Marco conceptual

AGONIA.

La sedación se puede clasificar:

1. Según el objetivo, en sedación 'primaria' (buscada como finalidad) o 'secundaria' (somnolencia como efecto secundario de una medicación, por ejemplo la morfina para el tratamiento del dolor o la disnea).
2. Según la temporalidad, en sedación 'continua' (sin periodos de descanso), o 'intermitente' (permite periodos de alerta).
3. Según la intensidad, en sedación 'profunda' (no permite la comunicación del paciente), o 'superficial' (permite la comunicación del paciente con sus cuidadores).

SEDACIÓN PALIATIVA.

Es la administración de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un paciente en situación terminal, tanto como sea preciso, para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios, con su consentimiento, o si no es factible, con el de su familia o representante. Se trata de una sedación primaria que puede ser continua o intermitente, superficial o profunda.

SEDACIÓN TERMINAL O SEDACIÓN EN LA AGONÍA.

Es la sedación paliativa que se utiliza en la agonía, y que es tan profunda como sea necesario para aliviar un sufrimiento intenso, físico o psicológico, en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima, y requiere de su consentimiento explícito, o el de su representante o familiares, cuando el paciente no es capaz de otorgarlo. Se trata de una sedación primaria y continua, que puede ser superficial o profunda.

Se define la situación de agonía o últimos días como aquel estado que precede a la muerte en las enfermedades en que la vida se extingue gradualmente. Se manifiesta por la presencia de deterioro físico severo, debilidad extrema, trastornos cognitivos y de conciencia, dificultad de relación y de ingesta, y pronóstico vital de días. La duración del proceso es habitualmente inferior a una semana aunque en el caso de disminución o pérdida de conciencia suele ser inferior a tres días. (Anexo IV).

Los síntomas refractarios, son aquellos que no pueden ser adecuadamente controlados, a pesar de los esfuerzos para hallar un tratamiento tolerable que no comprometa la conciencia, en un plazo de tiempo razonable.

Los medicamentos más empleados en Sedación Paliativa son: benzodiazepinas, *midazolam* (fármaco más utilizado), neurolépticos sedativos tales como la *levomepromazina* (empleado sobre todo cuando existe un fallo primario al midazolam o cuando el síntoma refractario a tratar es el delirium) y *fenobarbital* (empleado principalmente

3. Marco conceptual

cuando aparecen convulsiones o un fallo en la efectividad de los fármacos anteriores). Los opioides no están recomendados como medicación específica para la inducción de la Sedación Paliativa, pero se emplearán de manera concomitante si el síntoma refractario es el dolor o la disnea, o bien si existe una indicación previa.

El Haloperidol se emplearía como fármaco coadyuvante en caso de náuseas y vómitos.

La Butilescolamina o Escopolamina se emplearían como fármacos coadyuvantes (por su poder antisecretor) en los estertores pre-mortem.

Las últimas bibliografías aportan evidencias de bajo grado en relación a qué fármaco debe usarse, dada la dificultad de incorporar ensayos clínicos a los CP, estableciéndose sólo recomendaciones generales. Krakauer y colaboradores apuntan que los fármacos ideales para la sedación deben tener rapidez de acción, ser fáciles de titular y presentar mínimos efectos secundarios. Hawryluck y colaboradores, hacen algunas consideraciones con respecto a dosis inicial a utilizar, titulación y dosis máxima. La dosis de inducción dependerá, según estos autores de: exposición previa a opioides y desarrollo de tolerancia a los mismos, edad del paciente, historia previa de abuso de drogas o alcohol, enfermedad y disfunción orgánica subyacente, nivel de sedación deseado y también dosis previas de otros fármacos como Benzodiacepinas, sedantes, neurolépticos...

Para la titulación de la dosis de los fármacos, se recomienda el uso de la escala de Ramsay o escalas tipo Likert, así mismo el incremento de dosis se llevará a cabo en función de: necesidad del paciente, persistencia de distrés respiratorio, signos fisiológicos del tipo taquicardia, HTA, diaforesis, llanto (lágrimas), vocalización con movimientos, muecas faciales o inquietud. En cuanto a las dosis máximas, estos autores defienden su inexistencia en función de que cada paciente requerirá una dosis distinta. Cherny y Portenoy recomiendan seleccionar los fármacos a las dosis mínimas que se necesiten para controlar los síntomas, ajustándolas según precise el enfermo, esto respondería a uno de los criterios éticos de la sedación: disminución del nivel de conciencia proporcional al efecto que se pretende conseguir.

En Andalucía, el Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos de 2007 recoge todas las evidencias, estructuradas en un documento de referencia dentro del territorio andaluz así como en los documentos de apoyo dentro de este Proceso Asistencial.

3. Marco conceptual

PUNTOS CLAVE EN RELACIÓN A LA SEDACIÓN PALIATIVA.

1. La sedación paliativa solo debe plantearse ante la presencia de uno o más síntomas refractarios, no ante un síntoma de difícil control.
2. La intención es aliviar el sufrimiento.
3. La sedación paliativa está indicada, cuando se trata de un paciente en situación terminal o de agonía.
4. Los objetivos y expectativas de la sedación deben ser ampliamente explicados, discutidos y comprendidos por el paciente y familiares y por el equipo sanitario.
5. La disminución del nivel de conciencia debe ser proporcionada a la necesidad del alivio del sufrimiento.
6. Es requisito necesario, solicitar siempre el consentimiento del paciente para la sedación y, si es posible, hacerlo con la suficiente antelación antes de que acontezca la crisis. Puede realizarse en representación en caso de imposibilidad de que sea el paciente quien lo otorgue.
7. Es necesario registrar en la historia clínica el consentimiento informado, así como los tratamientos instaurados y la resistencia a estos.
8. Debe utilizarse la dosis adecuada y proporcionada según la evidencia clínica, para obtener el alivio del síntoma refractario.
9. Hay que monitorizar la respuesta de los fármacos con la escala de Ramsay y hacerlo constar así en la historia clínica.

4 Normas de calidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Siempre debe realizarse el consentimiento informado⁸. Es importante trabajar con el paciente sobre su opinión al respecto de forma anticipada o preventiva, antes de que se presente la agonía.

Cuando el paciente, no puede darnos su consentimiento y no ha dejado constancia escrita de sus deseos, en relación a las decisiones en el final de la vida, debemos obtener el consentimiento de su representante o familiares basándonos en su conocimiento previo de los valores del paciente.

El consentimiento implica que el paciente es competente para tomar decisiones y que adecuadamente informado, expresa su deseo explícito de sedación. Pero debido a la complejidad que se produce en la toma de decisiones sobre la sedación paliativa, es importante hablarlo con el mismo, como una de las preocupaciones sobre el futuro, alivia el pensar que se cuenta con esta actuación en caso de aparecer un síntoma refractario. Es igualmente obligatorio consultar el documento de voluntades vitales anticipadas si lo hubiera⁹.

VÍAS DE ADMINISTRACIÓN.

La vía subcutánea por su efectividad y fácil manejo, es la más utilizada, pudiéndose considerar la de elección, tanto en el domicilio como en el Hospital.

La medicación subcutánea, se puede administrar de dos maneras: en forma de bolos o en infusión continua, empleando bombas de infusión. La infusión continua es de elección, pues se evita el «efecto bolo» y permite la administración conjunta de mezclas de diversos fármacos¹⁰.

La vía intravenosa, no debe considerarse de primera elección. Aunque se debe valorar su uso en aquellos pacientes que ya disponen de esta vía: portadores de dispositivos IV de acceso subcutáneo o cuando la vía subcutánea sea impracticable por caquexia, anasarca.

La vía intramuscular no se recomienda. Estos pacientes presentan con gran frecuencia una disminución de su masa muscular, por lo que se le crearían molestias innecesarias.

⁸ Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del «Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación clínica. BOE nº 274. 15 de noviembre de 2002

⁹ Decreto 238/2004 de 18 de Mayo por el que se regula el Registro de Voluntades Anticipadas en Andalucía

¹⁰ Manual de uso de la vía subcutánea en cuidados paliativos. Editado Fundación Iavante. 2010. [hh://www.iavante.es](http://www.iavante.es)

4. Normas de calidad

DILUCIÓN DE LOS FÁRMACOS.

La dilución de los fármacos, se realiza generalmente en suero fisiológico, por su tonicidad más próxima al plasma. El agua estéril para inyección, presenta menor riesgo de precipitación, recomendándose su uso cuando se realizan mezclas de varios fármacos.

Si se emplea morfina, levomepromazina o haloperidol, la bomba de infusión debe protegerse de la luz.

No es recomendable mezclar más de tres fármacos compatibles en el mismo dispositivo de infusión, por el riesgo aumentado de precipitación en la solución resultante¹¹.

Si la administración es en bolo, se recomienda introducir 0,5 ml de suero fisiológico tras la administración de la medicación por el catéter de administración subcutáneo (palomita), para garantizar que toda la dosis de medicación prescrita llegue al paciente.

INDICACIONES ESPECÍFICAS PARA EL PACIENTE EN SEDACIÓN PALIATIVA DENTRO DEL PLAN TERAPEUTICO.

Dentro de la valoración integral que se debe realizar al paciente de forma continuada, se describen evaluaciones que a diario han de vigilarse, dada las necesidades específicas: nivel de sedación (escala de Ramsay), la temperatura, el dolor (escala de Campbell), la aparición de secreciones bronquiales y/o movimientos musculares espontáneos, dejando de todo ello constancia en la historia clínica del paciente.

Si se emplea la vía S.C es conveniente revisar periódicamente la zona de inserción del catéter, para la detección de problemas locales (induración o edema, enrojecimiento, infección, hematoma) que pudieran comprometer la absorción de la medicación o la salida accidental del catéter.

Los volúmenes grandes son más dolorosos y favorecen la aparición de induración y eritema, sobre todo en caso de inyecciones repetidas. Se recomienda un máximo de 2 ml cuando se administre en bolo.

¹¹. Azuara ML, Sánchez Y, Barcía E, Negro S, Reyes R. Mezclas de fármacos por vía subcutánea. Comunicación oral. Congreso de la SECPAL. Medicina Paliativa 2000; 7 (Suppl 1): 19.

4. Normas de calidad

Desde el punto de vista del control del proceso de sedación en sí mismo, podemos mencionar una serie de recomendaciones básicas:

1. Revisión del nivel de sedación a través de escalas consensuadas.

- Ramsay (Anexo I).
- Campbell (Anexo IV).

2. Parámetros clínicos:

- Temperatura.
- Presencia de secreciones.
- Frecuencia respiratoria.
- Diámetro pupilar.
- Existencia de globo vesical.
- Cambios posturales.

3. Aspectos familiares; necesidades, capacidad de adaptación, respuesta emocional...

4. Aspectos del contexto hospitalario/domiciliario, alimentación, higiene y descanso del cuidador familiar

PLAN TERAPÉUTICO.

El abordaje de la sedación paliativa, debe de planificarse de manera integral, es imprescindible la participación activa de la familia en el manejo de la medicación, control de síntomas y cuidados derivados de la situación de sedación.

El profesional de enfermería debe de realizar un plan terapéutico individualizado, donde se valoren las capacidades de aprendizaje y de afrontamiento de los cuidadores. El protocolo de seguimiento farmacológico individualizado, debe de ser una actividad más dentro de ese plan terapéutico.

4. Normas de calidad

Se sugieren intervenciones y criterios de resultados enfermeros, para la incorporación al plan de cuidados, relacionados con el seguimiento colaborativo que pueden incorporarse al plan terapéutico¹².

Recomendaciones de criterios de resultados (NOC) para incorporación en el plan terapéutico: (Anexo V)

- 2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario.
- 0309. Autocuidados medicación parenteral.
- 1813. Conocimiento del régimen terapéutico.
- 2007 Muerte confortable.

Recomendaciones para inclusión de Intervenciones enfermeras (NIC) dentro del plan terapéutico.

- 2380 Manejo de la medicación.
- 5618 Enseñanza proceso tratamiento.
- 2314 Administración de medicación intravenosa.
- 2317 Administración de medicación subcutánea.

¹² Plan de cuidados del proceso asistencial integrado de cuidados paliativos. Consejería de salud. 2007
<http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/procesos/docs/15%20CUIDADOS%20PALIATIVOS.pdf>

5 Seguimiento protocolizado del tratamiento farmacológico individualizado para sedación paliativa con midazolam



DEFINICIÓN.

Guiar el seguimiento protocolizado, por enfermeras y enfermeros, tras indicación y prescripción médica del tratamiento con Midazolam, en personas donde se ha indicado e iniciado un proceso de sedación paliativa.

PROCESOS ASISTENCIALES EN LOS QUE DEBE INTEGRARSE.

Cuidados Paliativos.

INCLUSIÓN EN SEGUIMIENTO PROTOCOLIZADO.

Persona en situación terminal, con indicación farmacoterapéutica de Midazolam, que prescribe y autoriza seguimiento farmacológico por su médico responsable.

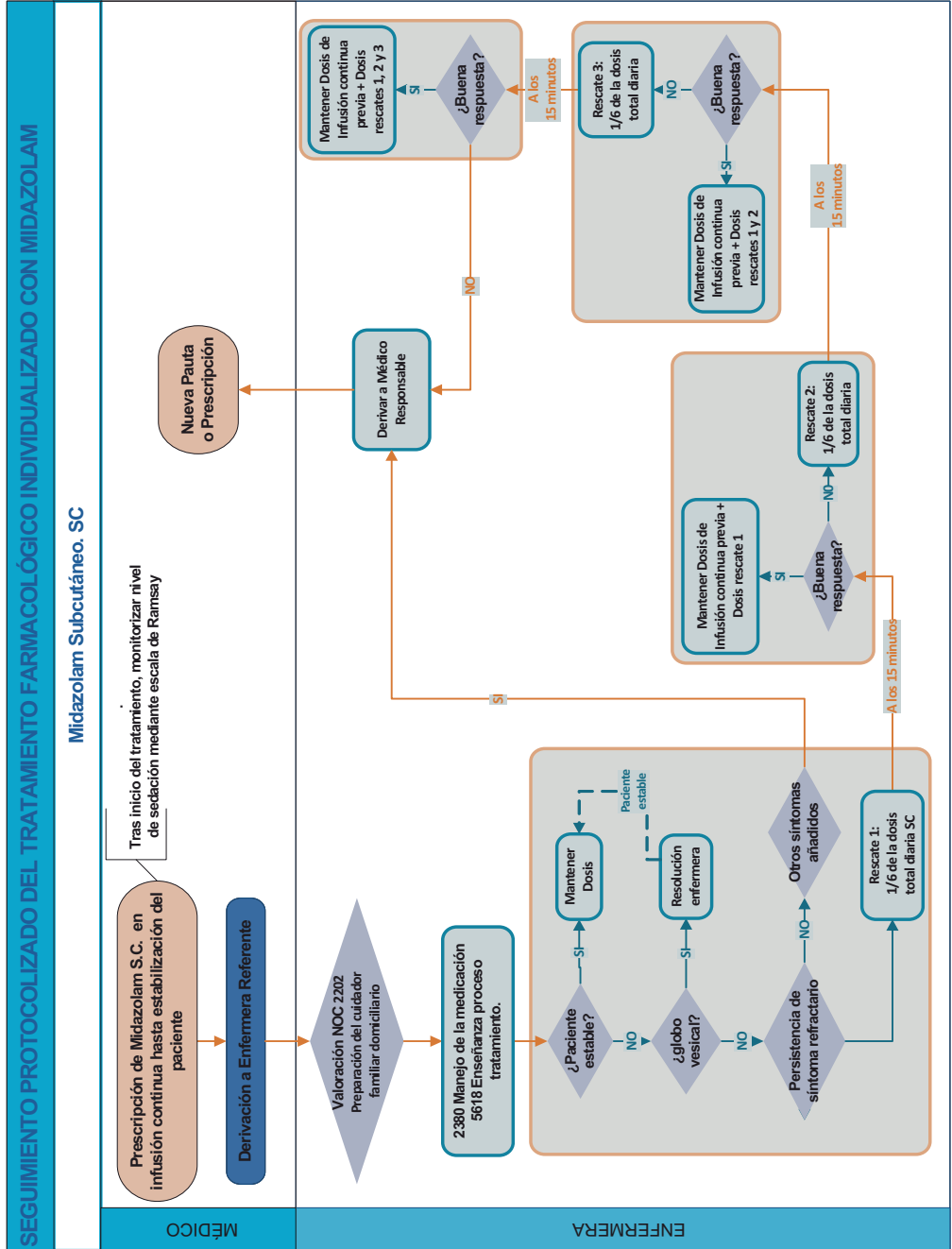
FINALIZACIÓN DEL SEGUIMIENTO PROTOCOLIZADO.

- Suspensión del tratamiento por su médico responsable.
- Efectos adversos no tolerados por el paciente.

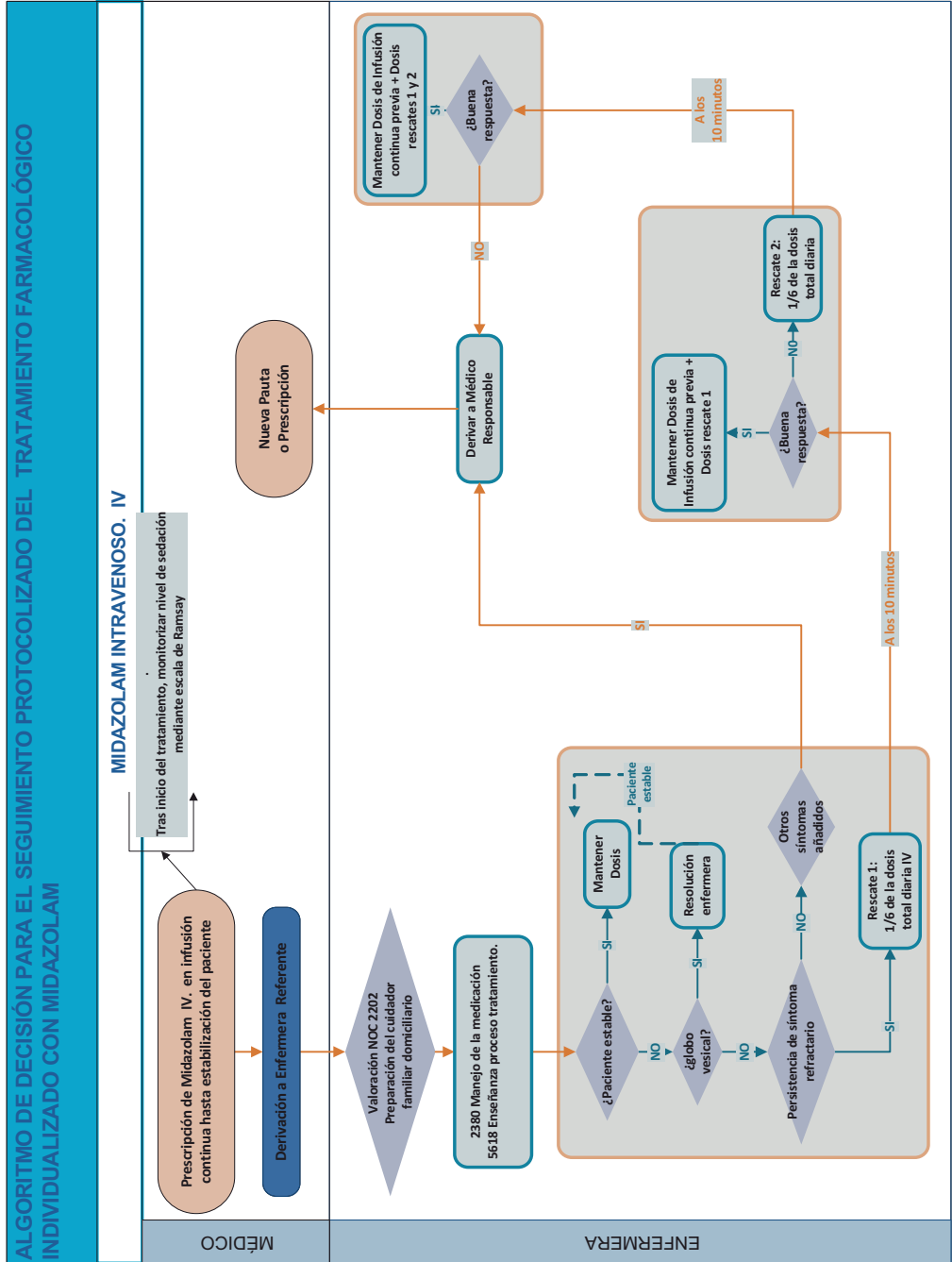
FORMA DE ADMINISTRACIÓN.

- Subcutánea.
- Intravenosa.

5. Seguimiento protocolizado del tratamiento farmacológico individualizado para sedación paliativa con midazolam



5. Seguimiento protocolizado del tratamiento farmacológico individualizado para sedación paliativa con midazolam



5. Seguimiento protocolizado del tratamiento farmacológico individualizado para sedación paliativa con midazolam

MÁRGENES DE USO Y SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO.

- El Midazolam es el fármaco de elección para la sedación paliativa, salvo en caso de delirium refractario, o intolerancia al midazolam donde usamos neurolepticos (levomepromazina).
- Presentación: ampollas de 1 mg/ml (de 5 ml) y de 5 mg/ml (de 3 ml, de 10 ml y de 20 ml).
- Inicio de acción en 5-10 minutos. Vida media de 2-5 horas, por lo que los bolos se pautan cada 4 horas.
- La dosis máxima por vía parenteral es 160-200 mg/día (riesgo de agitación paradójica inherente a las benzodiazepinas).
- La enfermera/o realizará el seguimiento una vez obtenidos los objetivos terapéuticos según escala de Ramsay.
- Se aplicarán rescates en función de la dosis de inicio (1/6 de la dosis total diaria cada vez) si existe agitación o mal control del síntoma :
 - Vía subcutánea: cada 15 minutos hasta control del síntoma (máximo tres veces).
 - Vía intravenosa: cada 10 minutos hasta control de síntomas (máximo dos veces).
- Remitir al médico si:
 - La respuesta con la infusión continua y los rescates no es la esperada o tras alcanzar la dosis máxima de 200 mg/día.
 - Aparecen reacciones paradójicas (agitación, movimientos involuntarios, hiperactividad, hostilidad, reacción de ira, agresividad, excitación paradójica y amenazas e insultos).
 - Aparece depresión respiratoria, apnea, parada respiratoria, disnea, laringoespasmos o hipo.

5. Seguimiento protocolizado del tratamiento farmacológico individualizado para sedación paliativa con midazolam

ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Reacciones paradójicas. Se han descrito con el midazolam reacciones paradójicas, como agitación, movimientos involuntarios (convulsiones tónicas/clónicas y temblor muscular), hiperactividad, hostilidad, reacción de ira, agresividad, excitación paradójica y amenazas e insultos. Estas reacciones pueden producirse con dosis elevadas o cuando el fármaco se administra con demasiada rapidez.

Trastornos cardiovasculares: parada cardíaca, hipotensión, bradicardia. Estas situaciones son más probables en el caso de los adultos mayores de 60 años y aquellos pacientes con insuficiencia respiratoria previa o alteración de la función cardíaca, particularmente cuando se administra con demasiada rapidez o cuando se aplica una dosis elevada.

Trastornos respiratorios: depresión respiratoria, apnea, parada respiratoria, disnea, laringoespasma, hipo. Las reacciones potencialmente mortales son más probables, en el caso de los adultos mayores de 60 años y aquellos pacientes con insuficiencia respiratoria previa o alteración de la función cardíaca, particularmente cuando se administra con demasiada rapidez o cuando se administra una dosis elevada.

Los familiares deben participar activamente en el cuidado del paciente. Se les ha de informar sobre los posibles errores que pueden ocurrir con el uso de este medicamento y se les ha de proporcionar medios, que les ayuden a garantizar su utilización correcta y segura, como información escrita expresada en un lenguaje fácilmente comprensible e instrucciones de cómo proceder en situaciones previsibles (síntomas de alarma, rescates, periodicidad,...).

6 Seguimiento protocolizado del tratamiento farmacológico individualizado para sedación paliativa con levomepromazina



DEFINICIÓN.

Guiar el seguimiento protocolizado por enfermeras y enfermeros, tras indicación y prescripción médica, del tratamiento con Levomepromazina en personas donde se ha indicado e iniciado un proceso de Sedación Paliativa.

PROCESOS ASISTENCIALES EN LOS QUE DEBE INTEGRARSE.

Cuidados Paliativos.

INCLUSIÓN EN SEGUIMIENTO PROTOCOLIZADO.

Persona en situación terminal con indicación farmacoterapéutica de Levomepromazina, que prescribe y autoriza seguimiento farmacológico por su médico responsable.

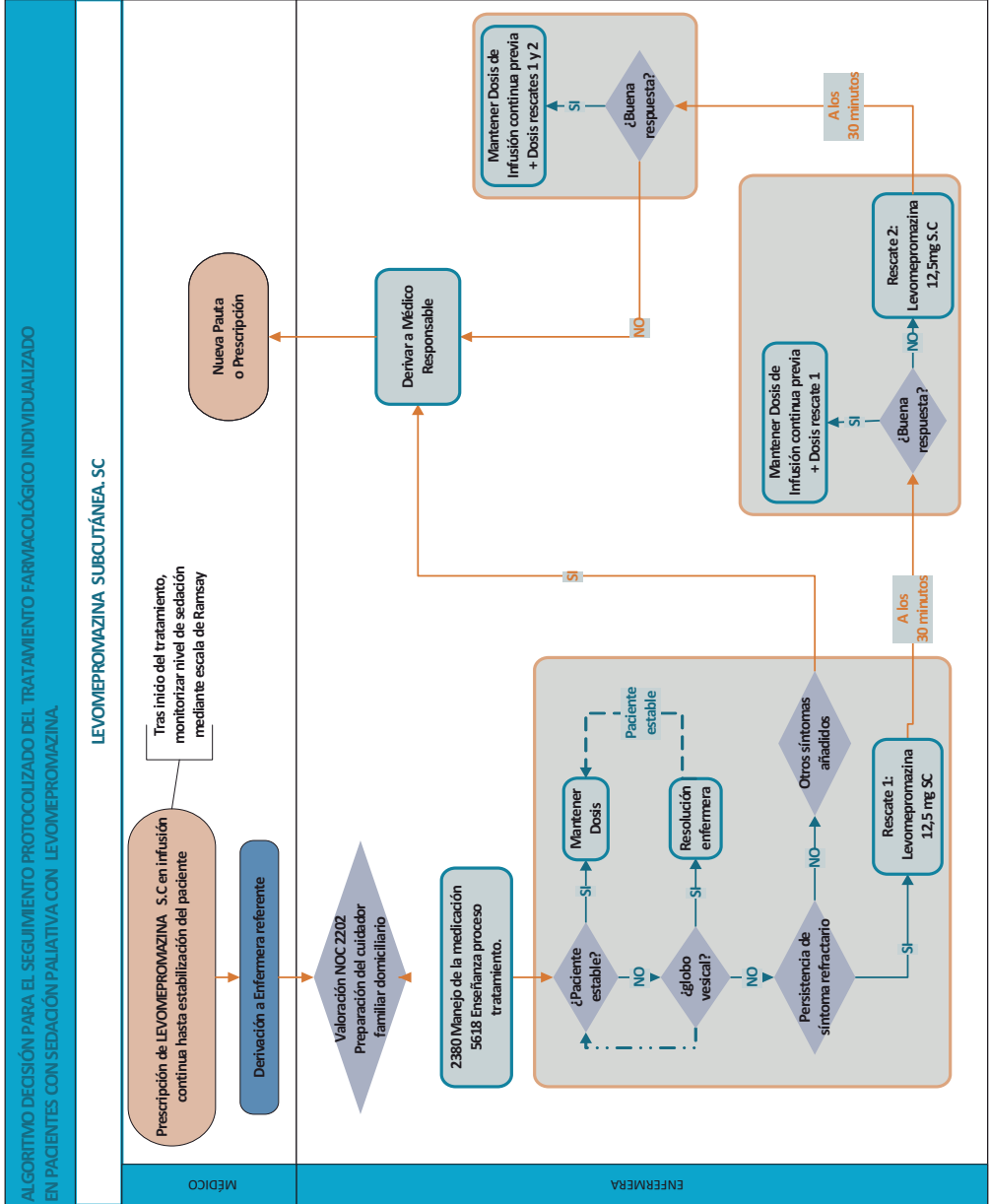
FINALIZACIÓN DEL SEGUIMIENTO PROTOCOLIZADO.

- Suspensión del tratamiento por parte de su médico.
- Efectos adversos no tolerados por el paciente.
- Fallecimiento.

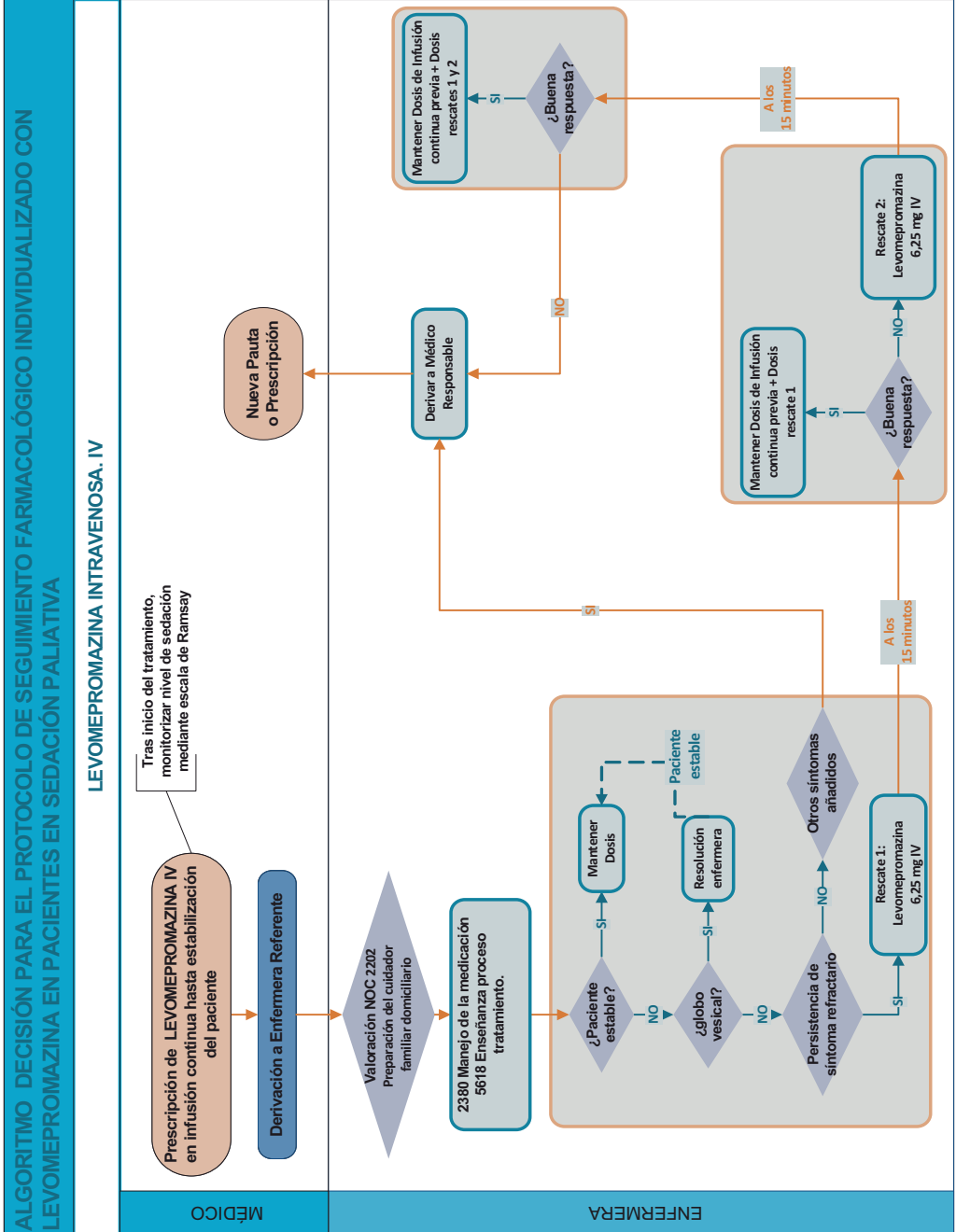
FORMA DE ADMINISTRACIÓN.

- Subcutánea.
- Intravenosa.

6. Seguimiento protocolizado del tratamiento farmacológico individualizado para sedación paliativa con levomepromazina



6. Seguimiento protocolizado del tratamiento farmacológico individualizado para sedación paliativa con levomepromazina



6. Seguimiento protocolizado del tratamiento farmacológico individualizado para sedación paliativa con levomepromazina

MÁRGENES DE USO Y SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO.

- Levomepromazina se presenta comercialmente en ampollas de 25 mg/1 ml.
- Su uso aprobado en ficha técnica es exclusivamente vía i.m., aunque existe amplia experiencia de uso vía s.c. ó i.v. en cuidados paliativos.
- Levomepromazina, se emplea habitualmente cuando el síntoma refractario a tratar es el delirium o falla midazolam o se tiene una intolerancia al mismo.
- Tiene acción antipsicótica, sedativa y antiemética.
- Se puede hacer una inducción en bolos a dosis de 12,5-25 mg para iniciar tratamiento con levomepromazina.
- Enfermería iniciará el seguimiento de los pacientes una vez estabilizados: dosis de 100 mg/día en infusión continua (aunque en ocasiones el paciente puede estabilizarse con dosis menores).
- Se aplicarán rescates si mal control del síntoma :
 - Vía subcutánea: 12,5 mg cada 30 minutos hasta control del síntoma refractario (máximo dos veces).
 - Vía intravenosa: 6,25 mgr cada 15 minutos hasta control del síntoma refractario (máximo dos veces).
- La dosis máxima de levomepromazina no excederá de 200-300 mg por día.
- Remitir el paciente al médico :
 - Si la respuesta a las dosis de rescate de levomepromazina no es la esperada.
 - Si se ha alcanzado la dosis máxima de 300 mg/día.
 - Si aparece una hipertermia inexplicable (síndrome neuroléptico maligno), suspendiendo antes la levomepromazina.
- El síndrome neuroléptico maligno se caracteriza por fiebre muy elevada, junto con encefalopatía, rigidez muscular, akinesia y distonías. Valorar la sintomatología y la relación con la administración del neuroléptico. Es una reacción idiosincrásica que aparece a cualquier dosis y varios días -entre el tercero y el quinto-, después de su administración. En pacientes oncológicos no confundir con la hipertermia que aparece en la agonía, relacionada con el propio tumor y estado del paciente.

6. Seguimiento protocolizado del tratamiento farmacológico individualizado para sedación paliativa con levomepromazina

ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

En pacientes que toman levomepromazina, valorar la posible aparición de retención urinaria, hipotensión o hipertermia inexplicable.

Suspender de inmediato el tratamiento con Levomepromazina si aparece una hipertermia inexplicable (síndrome neuroléptico maligno).

Otros efectos adversos que se pueden producir son sequedad de boca, estreñimiento y síntomas extrapiramidales.

Tener en cuenta que el umbral epileptógeno puede descender con el empleo de levomepromazina. Vigilar especialmente a los pacientes epilépticos.

Guardar especial precaución en caso de:

- Ancianos (mayor susceptibilidad a los efectos adversos descritos).
- Pacientes con afecciones cardio-vasculares graves (riesgo de marcada hipotensión).
- Insuficiencia renal y/o hepática por el riesgo de sobredosificación.

7 Seguimiento protocolizado farmacológico individualizado en sedación paliativa; tratamiento coadyuvante con morfina

DEFINICIÓN.

Guiar el seguimiento protocolizado por enfermeras y enfermeros, tras indicación y prescripción médica, del tratamiento coadyuvante con Morfina en pacientes donde se ha indicado e iniciado un proceso de sedación paliativa y a los que previamente se le estaba administrando este fármaco para el control del dolor y/o disnea.

PROCESOS ASISTENCIALES EN LOS QUE DEBE INTEGRARSE.

Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos.

INCLUSIÓN EN SEGUIMIENTO PROTOCOLIZADO.

Persona en situación terminal con indicación de sedación paliativa y en tratamiento previo con morfina para control de síntomas, y en el que su médico responsable autoriza el seguimiento protocolizado.

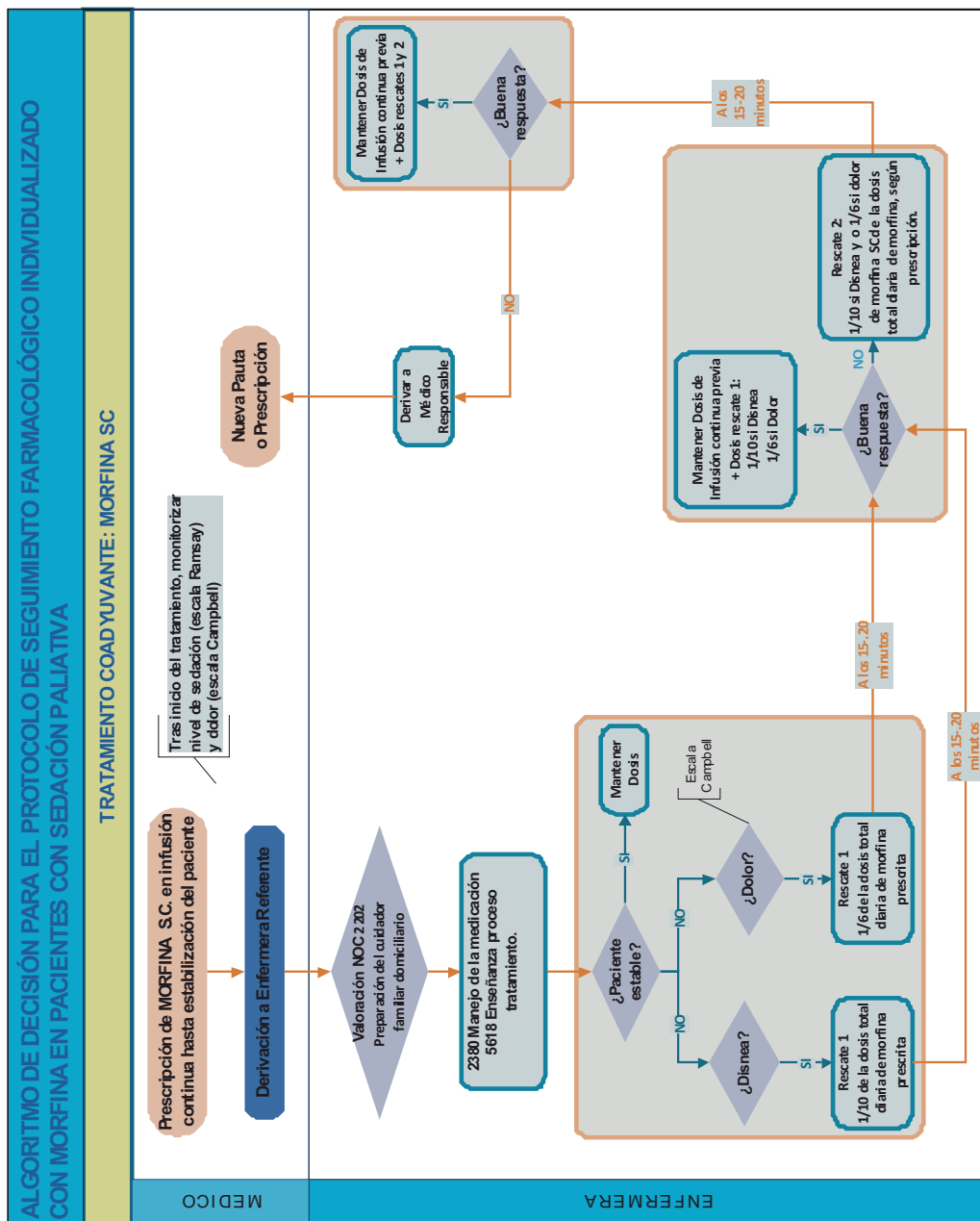
FINALIZACIÓN DEL SEGUIMIENTO PROTOCOLIZADO.

- Suspensión del tratamiento por su médico responsable.
- Efectos adversos no tolerados por el paciente. Neurotoxicidad.

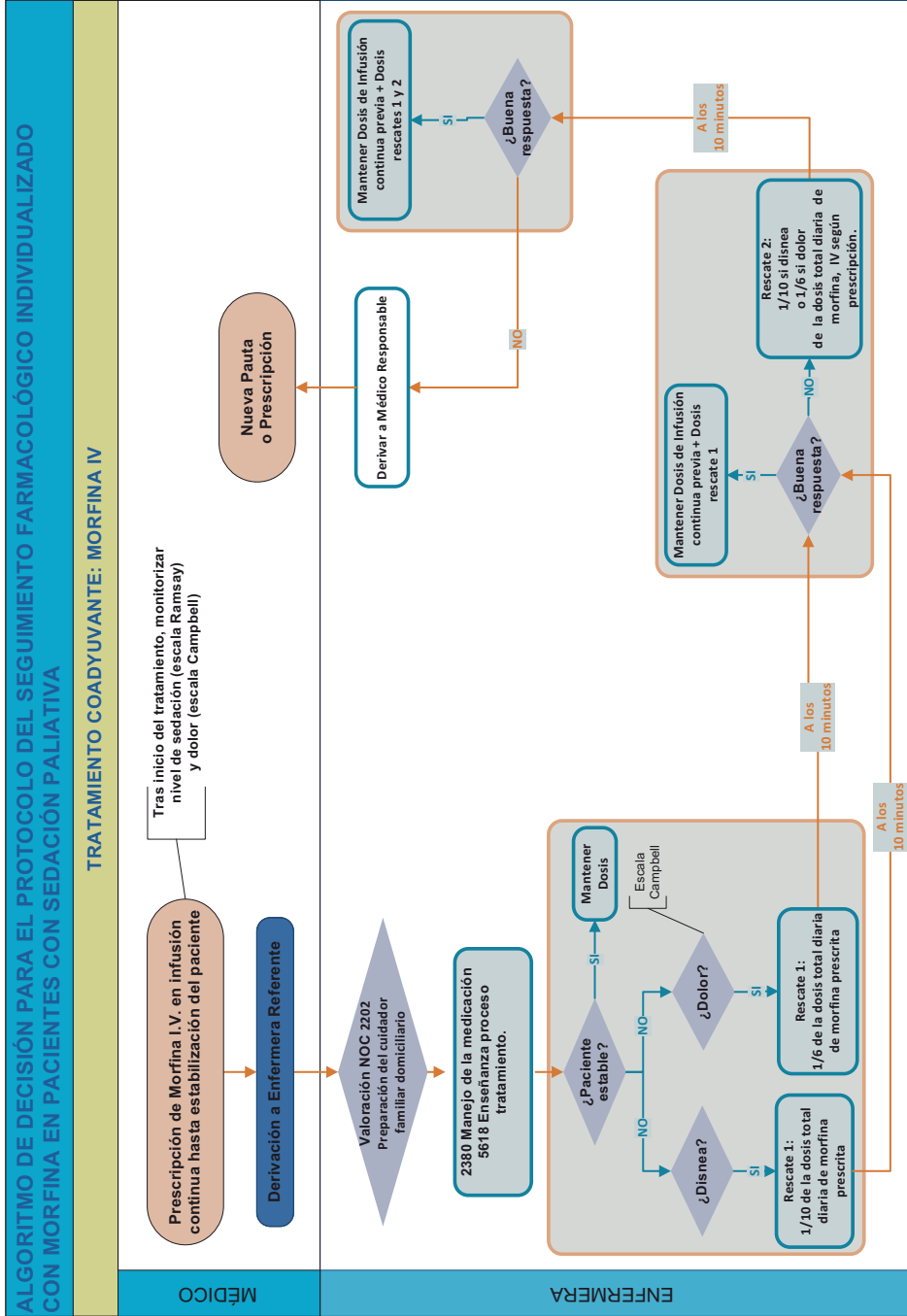
FORMA DE ADMINISTRACIÓN.

- Subcutánea.
- Intravenosa.

7. Seguimiento protocolizado farmacológico individualizado en sedación paliativa; tratamiento coadyuvante con morfina



7. Seguimiento protocolizado farmacológico individualizado en sedación paliativa; tratamiento coadyuvante con morfina



7. Seguimiento protocolizado farmacológico individualizado en sedación paliativa; tratamiento coadyuvante con morfina

MÁRGENES DE USO Y SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO.

- La morfina por vía parenteral se presenta en ampollas de 10mg/1ml (1%), 20mg/1ml (2%), 40 mg/2ml (2%) y 400 mg/10 ml (4%).
- Su utilización por vía intravenosa directa debe realizarse de forma lenta, en 4-5 minutos, para evitar depresión respiratoria.
- Conversión morfina oral a vía subcutánea: 1/2, intravenosa 1/3 (ejemplo, 60 mg de morfina oral al día equivale a 30 mg/día si se pasa a vía subcutánea y 20 mg/día si se pasa a vía intravenosa). En la práctica diaria, cuando se realiza una conversión, habrá que realizar una monitorización estrecha, valorando tanto la eficacia analgésica como los efectos secundarios.
- Para la monitorización del efecto analgésico en pacientes bajo sedación podemos utilizar la escala de Campbell (Anexo II).
 - Se aplicarán rescates si dolor o disnea.
 - Vía subcutánea:
 - 1/6 si dolor cada 15-20 minutos hasta control del síntoma (máximo dos veces).
 - 1/10 si disnea cada 15-20 minutos hasta control del síntoma (máximo dos veces) .
 - Vía intravenosa:
 - 1/6 si dolor cada 10 minutos hasta control del síntoma (máximo dos veces).
 - 1/10 si disnea cada 10 minutos hasta control del síntoma (máximo dos veces).

Para los rescates vía IV se recomienda diluir una ampolla al 1% (10 mg/1mL) en 9 mL de suero fisiológico (1 mg= 1 mL).

ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

En el seguimiento del paciente con tratamiento con morfina es preciso;

- Conocer las características (dosificación, farmacocinética, interacciones) de los opioides que precisamos utilizar y tener en cuenta la variabilidad individual de la respuesta de los pacientes.
- Es preciso vigilar la frecuencia respiratoria, durante su administración y diámetro pupilar para evitar sobre-dosificación.
- Incorporar dentro del plan de cuidados intervenciones relacionadas con el manejo del fármaco y sus efectos secundarios.
- Establecer controles periódicos evaluando la respuesta y posible aparición de efectos adversos.
- Valorar ante la falta de respuesta a la dosis de rescate prescrita la existencia de fecaloma o globo vesical.

8 Seguimiento protocolizado farmacológico individualizado en sedación paliativa; tratamiento coadyuvante con haloperidol

DEFINICIÓN.

Guiar el seguimiento protocolizado por enfermeras y enfermeros, tras indicación y prescripción médica, del tratamiento coadyuvante con Haloperidol en pacientes donde se ha indicado e iniciado un proceso de sedación paliativa y a los que previamente se les estaba administrando este fármaco por delirium, agitación y/o náuseas o vómitos.

PROCESOS ASISTENCIALES EN LOS QUE DEBE INTEGRARSE.

Cuidados Paliativos.

INCLUSIÓN EN SEGUIMIENTO PROTOCOLIZADO.

Pacientes en situación de sedación paliativa que reciben una prescripción de Haloperidol por parte de su médico responsable, que deriva para el seguimiento de éste fármaco por parte de enfermería.

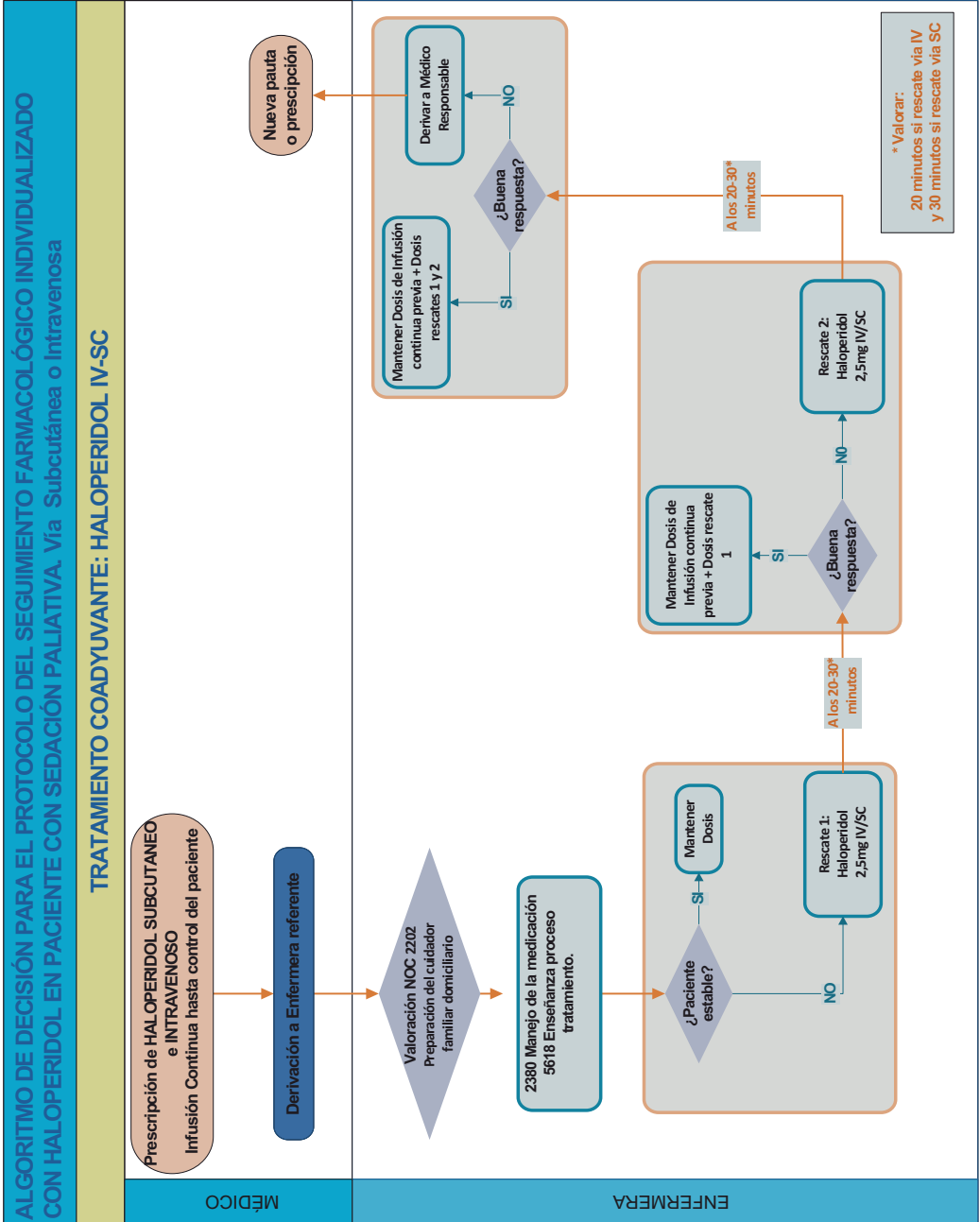
FINALIZACIÓN DEL SEGUIMIENTO PROTOCOLIZADO.

- Suspensión del tratamiento por parte de su médico.
- Efectos adversos no tolerados por el paciente.

FORMA DE ADMINISTRACIÓN.

- Subcutánea.
- Intravenosa.

8. Seguimiento protocolizado farmacológico individualizado en sedación paliativa; tratamiento coadyuvante con haloperidol



8. Seguimiento protocolizado farmacológico individualizado en sedación paliativa; tratamiento coadyuvante con haloperidol

MÁRGENES DE USO Y SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO.

- Haloperidol se presenta comercialmente en ampollas de 5 mg/mL. Es un neuroléptico escasamente sedante con intensa acción antipsicótica y antiemética.
- El tratamiento de las náuseas y vómitos requiere de una valoración cuidadosa de la etiología y los factores implicados. Si se sospecha que la causa es una obstrucción intestinal o se trata de vómitos secundarios a tratamiento con opioides, una elección aconsejable sería el haloperidol.
- Se podrá administrar dosis rescate: 2,5 mg cada 20 minutos por vía intravenosa o 30 minutos por vía subcutánea, hasta conseguir el efecto deseado comprobando la respuesta cada vez con un máximo dos rescates.
- Remitir el paciente al médico:
 - Si la respuesta a las dosis de rescate de haloperidol no es la esperada.
 - Si se ha alcanzado la dosis máxima de 20 mg/día.

ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

En el seguimiento es preciso.

- Incorporar dentro del plan de cuidados intervenciones de relacionadas con el manejo del fármaco y sus efectos secundarios.
- Vigilar especialmente los efectos extrapiramidales (temblores, tortícolis, eversión ocular...).
- Establecer controles periódicos evaluando la respuesta y posible aparición de efectos adversos.
- Valorar la posibilidad de globo vesical.

9 Seguimiento protocolizado farmacológico individualizado en sedación paliativa; Tratamiento coadyuvante con butilbromuro de hioscina. Buscapina®



DEFINICIÓN.

Guiar el seguimiento protocolizado por enfermeras, tras indicación y prescripción médica, del tratamiento coadyuvante con BUTILBROMURO DE HIOSCINA (Buscapina®) en pacientes donde se ha indicado e iniciado un proceso de sedación paliativa.

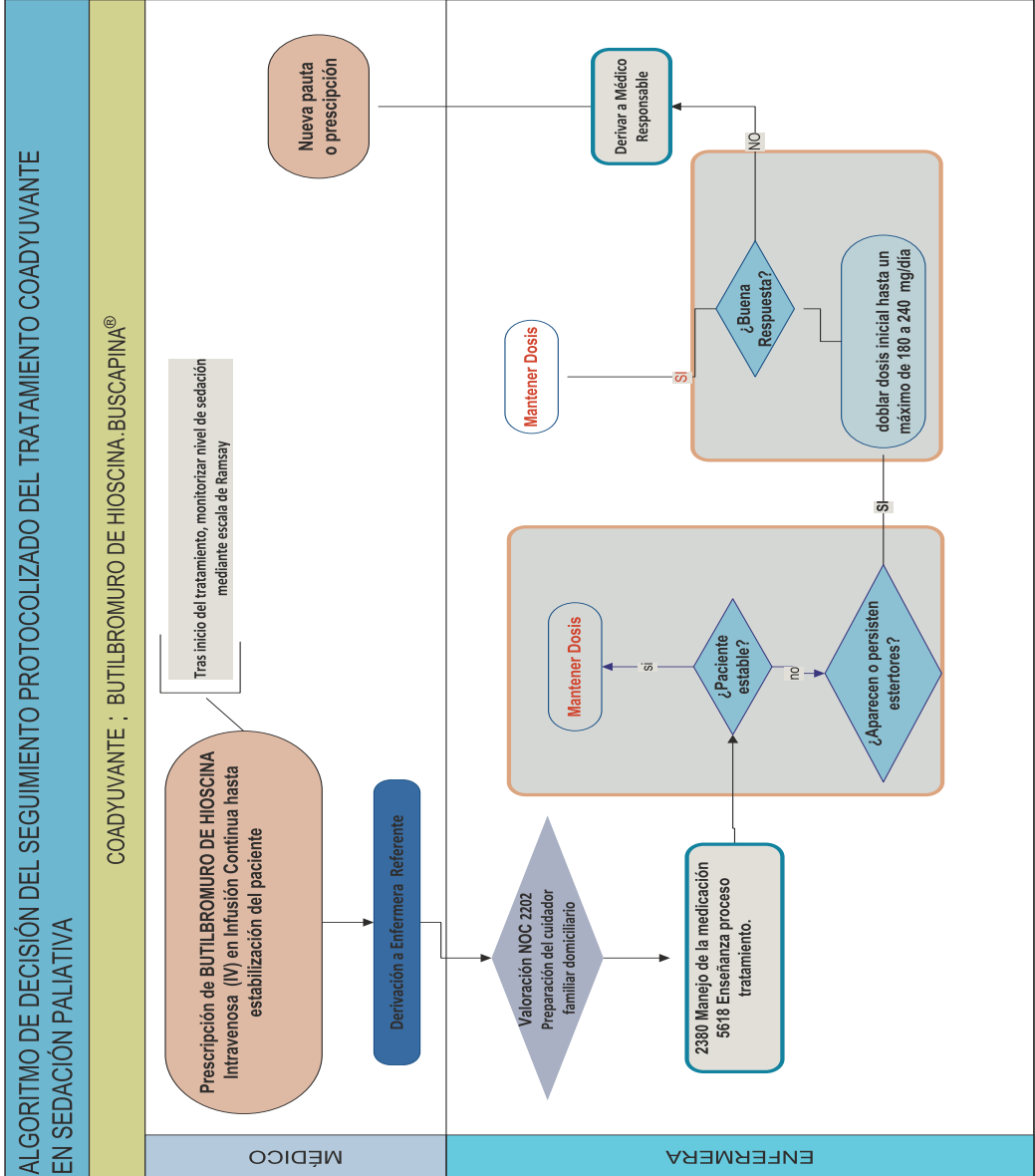
PROCESOS ASISTENCIALES EN LOS QUE DEBE INTEGRARSE.

- Cuidados paliativos.

FINALIZACIÓN DEL SEGUIMIENTO PROTOCOLIZADO

- Finalización de la prescripción por parte del medico responsable.
- Efectos adversos no tolerados por el paciente.

9. Seguimiento protocolizado farmacológico individualizado en sedación paliativa; Tratamiento coadyuvante con butilbromuro de hioscina. Buscapina®



9. Seguimiento protocolizado farmacológico individualizado en sedación paliativa; Tratamiento coadyuvante con butilbromuro de hioscina. Buscapina®

MÁRGENES DE USO Y SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO.

- Butilbromuro de Hioscina (Buscapina®) se presenta en ampollas de 20 mg/1 ml.
- El Butilbromuro de Hioscina (Buscapina®) es un espasmolítico anticolinérgico.
- La dosis máxima es de 240 mg/día sc o i.v.
- El Butilbromuro de Hioscina (Buscapina®) tiene un efecto máximo 2 horas después de 20mg sc en dosis única.

CRITERIOS E INDICADORES DE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS CON LOS QUE SE RELACIONA.

El Butilbromuro de Hioscina (Buscapina®), está indicado para evitar la aparición o disminuir las secreciones bronquiales en los pacientes en situación de agonía (es-tertores premortem). Aparecen con especial intensidad en pacientes que presentan tumores con afectación pulmonar y del Sistema Nervioso Central, así como en enfermedades neurológicas degenerativas. Otros factores importantes son la presencia de traqueotomía, infecciones respiratorias y broncopatías previas.

ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

El Butilbromuro de Hioscina (Buscapina®) tiene una acción sedante moderada y antiemética, lo que ayuda en la sedación del paciente y deberá ser tenido presente. Como efecto secundario puede provocar sequedad oral, que será tratada con las medidas generales usadas en el paciente con una sedación paliativa.

10 Indicadores de calidad

PACIENTES EN SEDACIÓN PALIATIVA INCORPORADOS AL PROTOCOLO PARA EL SEGUIMIENTO FARMACOLÓGICO INDIVIDUALIZADO	
Indicador	% de pacientes en sedación paliativa derivados para seguimiento colaborativo
Descripción	Analiza el nivel de implantación del protocolo colaborativo dentro del proceso del paciente en sedación paliativa
FÓRMULA	$\frac{\text{N}^\circ \text{ derivados para seguimiento colaborativo por enfermería}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes en situación de sedación paliativa}} \times 100$
Fuente de datos	Historia del paciente

LOS PACIENTES TENDRÁN UNA VALORACIÓN DEL NIVEL DE SEDACIÓN CON ESCALA DE RAMSAY IDENTIFICADA EN LA HISTORIA DEL PACIENTE	
Indicador	% de pacientes con valoración del nivel de sedación con la escala Ramsay
Descripción	Analiza los pacientes cuyo plan de cuidados surge de una valoración inicial del nivel de sedación y que es reflejado como pauta de seguimiento en la historia del paciente
FÓRMULA	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con valoración focalizada registrada (Ramsay)}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes en sedación paliativa}} \times 100$
Fuente de datos	Historia del paciente

10. Indicadores de calidad

LOS PACIENTES TENDRÁN UNA VALORACIÓN DEL NIVEL DE DOLOR IDENTIFICADA EN LA HISTORIA DEL PACIENTE	
Indicador	% de pacientes con valoración del nivel de dolor
Descripción	Analiza los pacientes cuyo plan de cuidados surge de una valoración inicial del nivel de dolor y que es reflejado como pauta de seguimiento en la historia del paciente
FÓRMULA	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con valoración focalizada registrada del dolor}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes en sedación paliativa}} \times 100$
Fuente de datos	Historia del paciente

LOS PACIENTES TENDRÁN UNA VALORACIÓN CON CRITERIOS DE RESULTADOS DENTRO DE SU PLAN TERAPÉUTICO	
Indicador	% de pacientes con criterios de resultados. Muerte Confortable
Descripción	Analiza los pacientes cuyo plan de cuidados surge de una valoración inicial identificada con un Likert del criterio de resultado "muerte confortable" y tras instauración de intervenciones, valor de la escala se mantenga por encima de 3 en alguno de los indicadores elegidos para el plan terapéutico.
FÓRMULA	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes con valoración criterios de resultados "muerte confortable"}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes en sedación paliativa}}$
Fuente de datos	Historia del paciente

11 Glosario de términos

- **Sedación paliativa:** Administración de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de la persona en situación terminal o de agonía, para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios, previo consentimiento informado explícito en los términos establecidos en la Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte.
- **Síntoma refractario:** Aquel que no responde al tratamiento adecuado en un tiempo razonable y precisa, para ser controlado, de la reducción de la conciencia de los pacientes.
- **Síntoma difícil:** Es aquél para cuyo adecuado control se precisa de una intervención terapéutica intensiva, más allá de los medios habituales, tanto desde el punto de vista farmacológico, como instrumental y/o psicológico.
- **Situación de agonía:** Fase gradual que precede a la muerte y que se manifiesta clínicamente por un deterioro físico grave, debilidad extrema, trastornos cognitivos y de conciencia, dificultad de relación y de ingesta, y pronóstico vital de pocos días.
- **Situación terminal:** Presencia de una enfermedad avanzada, incurable y progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, con un pronóstico de vida limitado y en la que pueden concurrir síntomas intensos y cambiantes que requieran una asistencia paliativa específica..
- **Representante:** Persona mayor de edad y capaz que emite el consentimiento por representación de otra, habiendo sido designada para tal función mediante una declaración de voluntad vital anticipada o, de no existir esta, siguiendo las disposiciones legales vigentes en la materia.
- **Médico o médica responsable:** De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, es “el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales”.
- **Obstinación terapéutica:** Situación en la que a una persona, que se encuentra en situación terminal o de agonía y afecta de una enfermedad grave e irreversible, se le inician o mantienen medidas de soporte vital u otras intervenciones carentes de utilidad clínica, que únicamente prolongan su vida biológica, sin posibilidades reales de mejora o recuperación, siendo, en consecuencia, susceptibles de limitación.

11. Glosario de términos

- **Limitación del esfuerzo terapéutico:** Retirada o no instauración de una medida de soporte vital o de cualquier otra intervención que, dado el mal pronóstico de la persona en términos de cantidad y calidad de vida futuras, constituye, a juicio de los profesionales sanitarios implicados, algo fútil, que solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica carente de expectativas razonables de mejoría.
- **Eutanasia:** como un intento de delimitar el significado de la palabra eutanasia existe hoy en día una tendencia creciente a considerar solo como tal las actuaciones que:
 - a) producen la muerte de los pacientes, es decir, que la causan de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata,
 - b) se realizan a petición expresa, reiterada en el tiempo, e informada de los pacientes en situación de capacidad,
 - c) se realizan en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad incurable que los pacientes experimentan como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios, por ejemplo, mediante cuidados paliativos.
 - d) son realizadas por profesionales sanitarios que conocen a los pacientes y mantienen con ellos una relación clínica significativa.

La sedación paliativa es una muestra de buena praxis clínica y no constituye una práctica eutanásica, cuando se siguen los criterios que la definen: enfermo en situación terminal o de agonía, que presenta síntoma/s refractarios, con su consentimiento informado y siguiendo en su aplicación los protocolos vigentes en la práctica clínica.

- **Neurotoxicidad inducida por opioides:** Los efectos neurotóxicos de los opioides son efectos causados por su acción directa sobre el sistema nervioso central. Los más comunes son: delirio, alucinaciones, mioclonía y sedación.

El síndrome de neurotoxicidad inducida por opioides abarca alteraciones cognitivas, confusión y delirio, alucinaciones, mioclonías, convulsiones e hiperalgesia.

ANEXO I.

- **Escala Ramsay.**

Escala heteroadministrada para la valoración del nivel de sedación del paciente.

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

ANEXO II.

• **Escala Campbell.**

Escala heteroadministrada para la evaluación del dolor y comportamiento en pacientes con incapacidad de comunicarse de forma espontánea.

Escala de Campbell	0	1	2
Musculatura facial	Relajada	En tensión, ceño fruncido y/o mueca de dolor	Ceño fruncido de forma habitual y/o dientes apretados.
Movimientos	Tranquilo, relajado movimientos normales.	Movimientos ocasionales de inquietud y/o posición.	Movimientos frecuentes incluyendo cabeza o extremidades.
Tono muscular *	Normal	Aumentado. Flexión de dedos de manos y pies.	Rígido
Expresiones verbales **	Normal	Quejas, lloros, quejidos o gruñidos ocasionales.	Quejas lloros, quejidos o gruñidos frecuentes.
Confortabilidad	Confortable y/o tranquilo	Se tranquiliza con tacto y/o voz. Fácil de distraer.	Difícil de confortar con el tacto o hablándole.

* Erdek MA, Pronovost PJ. Improving assessment and treatment of pain in the critically ill. Int J Qual Health Care. 2004 pages 59-64. Traducido por Sebastián Serrano López. Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos Hospital de Riotinto (Huelva).

Resultados:

- 0: No dolor.
- 1-3: Dolor leve-moderado.
- 4-6: Dolor moderado-grave.
- > 6: Dolor muy intenso.

* En caso de lesión medular ó hemiplejía valorar lado sano.

** Muy difícil valorar en paciente con respiración asistida.

ANEXO III.

OPIOIDES:

Los opioides son un grupo de sustancias que alivian el dolor fijándose a receptores opioides específicos del sistema nervioso central, periférico y entérico. Existen numerosos receptores de opioides y algunos de ellos se diferencian en subtipos.

Según la forma de interaccionar con el receptor opioide, se clasifican en:

Agonistas puros: son fármacos que interaccionan fundamentalmente con el Receptor Mu

- Opioides mayores: se caracterizan por no tener techo analgésico. Llega un momento que con dosis mayores no se consigue mayor efecto, aumentando considerablemente las reacciones adversas. Se incluyen en este grupo morfina, fentanilo, oxycodona, hidromorfona y metadona
- Opioides menores: se caracterizan por poseer techo analgésico. Se incluye en este grupo la codeína, la dihidrocodeína y el tramadol.

Agonistas parciales: se caracterizan por su aumentada afinidad por el receptor opioide, pero con actividad intrínseca parcial. Tienen techo analgésico. Se incluyen en este grupo opioides como la buprenorfina.

Agonista/antagonistas: se caracterizan por activar al receptor opioide Kappa y por comportarse como agonistas/antagonistas débiles del receptor mu. Tiene techo analgésico bajo. Por ejemplo la pentazocina.

Antagonistas puros: presentan alta afinidad por los receptores opioide y no tienen actividad intrínseca. Se incluyen en este grupo opioide como la naloxona y naltrexona.

12. Anexos

Afinidad y Actividad sobre Receptores Opioides de los distintos Fármacos						
	Receptor MU		Receptor Kappa		Receptor Sigma	
Principio activo	Afinidad	Actividad	Afinidad	Actividad	Afinidad	Actividad
Agonistas Puros	Alta	Muy alta	Baja	Alta	Mínima	Mínima
Agonistas Parciales	Muy alta	Baja	Muy alta	Mínima	Mínima	Mínima
Agonistas-Antagonistas	Alta	Baja	Alta	Alta	Alta	Alta
Antagonistas Puros	Muy alta	Nula	Muy alta	Nula	Mínima	Mínima

Receptores de Opioides y efectos de su estimulación

Receptores Opioides y efectos de su estimulación	
Receptor Mu:	<ul style="list-style-type: none"> - Potente acción analgésica - Euforia - Miosis - Depresión Respiratoria
Receptor Kappa:	<ul style="list-style-type: none"> - Analgesia menos potente - Miosis - Sedación
Receptor Sigma:	<ul style="list-style-type: none"> - Alucinaciones - Disforia - Estimulación psicomotora - Acciones no revertidas con Naloxona

* Tabla de elaboración propia por el equipo de realización del Protocolo.

ANEXO IV.

Criterios diagnósticos en situación de Agonía (Menten 2004).

Los signos clínicos a puntuar serían:

1	Nariz fría o pálida.
2	Extremidades frías
3	Livideces
4	Labios cianóticos
5	Estertores de agonía
6	Pausas de Apnea (> 15 segundos/ minuto).
7	Anuria (<300 cc/24 h).
8	Somnolencia (>15 h sueño/24 h).

Teniendo en cuenta estos signos,

El paciente que tuviera de 1-3 signos se encontraría en una fase preagónica y el que tuviera de 4-8 signos estaríamos ante una fase agónica, lo que supondría que el 90% de los pacientes fallecerían en los próximos cuatro días.

ANEXO V.

PROPUESTAS DENTRO DEL PLAN TERAPEUTICO CRITERIOS DE RESULTADOS CON LOS INDICADORES.

CRITERIOS DE RESULTADOS	INDICADORES De 1 Inadecuado a 5 completamente adecuado
2202 Preparación del cuidador Domiciliario. Preparación de un cuidador para asumir la asistencia sanitaria domiciliaria de un miembro de su familia.	Voluntad de asumir el papel de cuidador principal
	Conocimiento del proceso de enfermedad del receptor De los cuidados
	Conocimiento de los procedimientos recomendados
	Conocimiento de los cuidados de seguimiento
	Conocimiento de los cuidados urgentes
	Conocimiento del funcionamiento del equipamiento

CRITERIOS DE RESULTADOS	INDICADORES del 1 gravemente comprometida al 5 no comprometido
2007 Muerte confortable Mantenimiento del control personal y de la comodidad cuando se aproxima el final de la vida.	Calma y tranquilidad
	Permeabilidad de las vías aéreas.
	Posición cómoda.
	Apoyo de amigos y familia.
	Gemidos.
	Agitación.
	Dolor.
	Respiración dificultosa

13 Bibliografía

1. Alonso-Babarro A, Varela-Cerdeira M, Torres-Vigil I, Rodriguez-Barrientos R, Bruera E. At-home palliative sedation for end-of-life cancer patients. *Palliat Med* 2010;24: 486-492.
2. Agonía y sedación. B. Aldámiz-Echevarría, N. Molins, JA Seoane. Servicio Gallego de Salud. Guías Clínicas Fisterrae. 2009.
3. Andrew Dickman. *Drugs in Palliative Care*. Oxford University Press, 2010.
4. Azulay Tapiero A. La sedación terminal. Aspectos Éticos. *An Med Interna*, 2003;20:645-9.
5. Braun TC, Hagen NA, Clark T. Development of Clinical Practice Guideline for Palliative Sedation. *Journal of Palliative Medicine* 2003; 6(3): 425-7.
6. Broeckaert B. Palliative sedation defined or why and when sedation is not euthanasia. *J Pain Symptom Manage* 2000;20:S58.
7. Cheng C, Roener-Becuwe C, Pereira J. When midazolam fails. *Journal of Pain and Symptom Management* 2002; 23 (3): 256-65.
8. Christof Muller-Buscht I, Andres I, Jehser T. Sedation in palliative care- a critical analysis of 7 years experience. *BMC Palliative Care* 2003; 2:2.
9. Control de Síntomas en pacientes con Cáncer Avanzado y Terminal. J. Porta, X. Gómez-Batiste, A. Tuca. Ediciones Arán. 2004.
10. Couceiro A, Núñez JM. Orientaciones para la sedación del enfermo terminal. *Med Pal* 2001; 8:138-143 .
11. Cowan JD, Walsh D. Terminal sedation in palliative medicine-definition and review of the literature. *Supportive Care in Cancer* 2001; 9(6): 403-7.
12. Elsayem A, Curry I, Boohene J, et al. Use of palliative sedation for intractable symptoms in the palliative care unit of a comprehensive cancer center. *Support Care Cancer* 2009;17: 53-59.
13. Fainsinger RL, Waller A, Bercovici M, et al. A multicentre international study of sedation for uncontrolled symptoms in terminally ill patients. *Palliat Med* 2000;14:257-65.
14. Ficha técnica Midazolam. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Marzo 2008.

13. Bibliografía

15. Guerra de Hoyos JA y col .Guía de Práctica Clínica. Uso seguro de opioides en pacientes en situación terminal. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.2010.
16. Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos. Ministerio de Sanidad. 2008 Versión 01.2008.
17. Hawryluck LA, Harvey W et al. Consensus guidelines on analgesia and sedation in dying intensive care units patients. BMC Medical Ethics 2002; 3:3.
18. Krakauer EL, Penson RT, Trug RD, King LA, Chabner BA, Lynch TJ Jr. et al. Sedation for intractabl distress of a dying patient: Acute Palliative Care and the principle of double effect. The Oncologists 2000; 5: 53-62.
19. Marion Johnson y col. Clasificación de resultados de Enfermería. Harcourt 2007.
20. Mc Closkey. J y col Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Síntesis. 2009.
21. Max Watson, Caroline Lucas, Andrew Hoy, Ian Back. Manual Oxford de Cuidados Paliativos. Biblioteca Aula Medica.2008.
22. Mercadantes.S, Porzio G, Valle A, Fusco F, Aielli F, Costanzo V, Palliative Sedation in Patients with Advancedbn Cancer Followed at Home: A Systematic Rewiew., J.Pain Symptom Manage 2011;41;4 754-760.
23. Morita T.,Tsuneto S., Shima Y. Definition of sedation for Symptom Relief: A Systematic Literature Review and a Proposal of Operational Criteria. J Pain Symptom Manage 2002;24: 447-453.
24. Morita T, Ikenaga M, Adachi I, Narabayashi I, Kizawa Y, Honke Y, e Al. Family experience with palliative sedation therapy for teminally ill cancer patients. J pain Symptom Manage 2004; 28:557-565.
25. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Effects of high doses opioids and sedatives on survival in terminally ill cancer patients. Journal of Pain and Symptom Management; 2001 (4): 282-289..
26. Mercadante S, Porzio G, Valle A, Fusco F, Aielli F, Costanzo V. Palliative Sedation in Patients with Advanced Cancer Followed at Home: A Systematic Review., J Pain Symptom Manage 2011; 41:4 754-760.
27. Morgan T. Palliative sedation at home. J PalliatCare 2009;25:229.

13. Bibliografía

28. Palliative Sedation guidelines, Alberta Health Services – Capital Zone, 2005. Disponible en: <http://www.palliative.org/PC/ClinicalInfo/Clinical%20Practice%20Guidelines/PDF%20files/3A6%20Palliative%20Sedation%20and%20Addendum.pdf>.
29. Palliative Sedation guidelines, Alberta Health Services. Effective date: 2009. Disponible en: http://www.calgaryhealthregion.ca/clin/cme/cpg/cpg_PalliativeSedationGuidelines2009v4-2.pdf.
30. Porta J. Sedación paliativa. En: Control de síntoma en pacientes con cáncer avanzado y terminal. Ed ARAN, Madrid 2004. pp: 259-271 Comité Ético de la SECPAL. Aspectos Éticos de la sedación en Cuidados Paliativos. Med Pal 2002 (9): 41-46.
31. Porta Sales J. Reflexiones éticas entorno a la sedación terminal. Med Pal 9;4:158-159.
32. Protocolo de Sedación Paliativa y Sedación Paliativa en la Agonía. Área Hospitalaria Virgen Macarena. Grupo de Trabajo de Sedación. Subcomisión de Ética Asistencial y Comisión Central de Calidad Asistencial. Consejería de Salud.
33. Rivas-Flores J., Vilches Aguirre Y, Muñoz Sánchez D, et al. Consentimiento informado en Cuidados Paliativos: Trabajos del Comité de Ética de la SECPAL. Med Pal (Madrid) 2002;9:32-6.
34. Robert Twycross, Andrew Wilcock et al. PCF2. Palliative Care Formulary. Second Edition. Radcliffe Medical Press. 2003.
35. Rosengarten O, Lamed Y, Zisling T, Feigin W, Jacobs J. Palliative sedation at home. J Palliat Care 2009;25:5-11.
36. Sedación en Cuidados Paliativos. Grupo de Trabajo de Tratamientos del Programa Regional de Cuidados Paliativos del Servicio Extremeño de Salud. Guías Médicas Secpal. www.secpal.com.
37. Sedación Paliativa y Sedación Terminal. Orientaciones para la Toma de Decisiones en la Práctica Clínica: documentos de apoyo. Consejería de Salud. 2005
38. Sykes N, Thorns A. Sedative Use in the Last Week of life and the implications for End-of-Life Decision Making. Arch Intern Med 2003; 163: 341-4.
39. Sykes N. The management of difficult pain and other symptoms at the end of life. Pain in Europe III. Nice, France. September 2000. Abstract ORC/06; 71-72.
40. J. Varona, E. Escribano, JL. Martín-Calderón Fenobarbital: farmacocinética, toxicología y monitorización por el Laboratorio Rev Diagn Biol v.50 n.1 Madrid ene.-mar. 2001.

