

ATENCIÓN ENFERMERA EN LA SEDACIÓN PALIATIVA APLICACIÓN EN URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA

AUTORES

Caballero Guerrero Manuel Jesús ¹

López Sánchez Olga ²

¹ Enfermero DCCU Área Gestión Sanitaria Córdoba Sur

² Enfermera Hospital Infanta Margarita AGS Córdoba Sur

RESUMEN

En el siguiente artículo tras realizar una revisión bibliográfica queremos dar a conocer aspectos y cuidados importantes al paciente en estado terminal y en especial nos hemos centrado en la sedación paliativa.

Para ello daremos a conocer los diferentes tipos de sedación que existen, el objetivo que se intenta lograr con ello, así como los fármacos más utilizados para llevarla a cabo y los principales cuidados no solo al paciente sino también a la familia.

En la atención extrahospitalaria de urgencias en numerosas ocasiones nos vemos obligados a comenzar o continuar la sedación paliativa en pacientes que se encuentran en el final de una enfermedad terminal, siendo de vital importancia que sepamos cómo actuar y los cuidados a llevar a cabo tanto al paciente como a la familia.

PALABRAS CLAVES

Agonía / agony

Cuidados paliativos. / Palliative care

Sedación paliativa/ Palliative sedation

INTRODUCCIÓN

Es un hecho en la actualidad el envejecimiento de la población y el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas y oncológicas, cobrando una preocupación en la población y los profesionales, los cuales deben centrar su esfuerzo en paliar y aliviar su sufrimiento y mejorar su calidad de vida. Desde el servicio de urgencias y emergencias extrahospitalarias estamos acostumbrados a tratar procesos agudos y llevar a cabo medidas de soporte vital, centrándonos en la curación. Actualmente nos encontramos en numerosas ocasiones con pacientes que se encuentran en situación de últimos días en fase de agonía, ante lo cual debemos de cambiar la idea de curación por la de paliar el sufrimiento. Siendo los objetivos que plantearnos muy diferentes, los cuales deben centrarse en garantizar que la muerte del paciente se produzca en condiciones lo más cómoda y menos agresiva posible, que el paciente no se sienta abandonado

y ofrecer apoyo emocional tanto al paciente como a la familia.

Desde los servicios de urgencias extrahospitalarias, en numerosas ocasiones hemos sido activado por el Centro coordinador de urgencias y emergencias (CCUE) para tratar a pacientes que se encuentran en fase terminal de una enfermedad y que son subsidiarios de recibir sedación o de llevar a cabo una atención continuada de la misma.

Es importante mantener una buena comunicación con el paciente y la familia identificando al cuidador principal y valorando la sobrecarga física o psíquica del mismo para evitar la claudicación familiar, para en el caso que existiera (siempre que fuera posible) solicitar ingreso en una unidad especializada para garantizar los cuidados que en ese momento no pueden ser dados por el cuidador.

En ocasiones el paciente sufrirá síntomas refractarios ante lo cual nos veremos en la necesidad de ofertar sedación paliativa, siempre con el consentimiento del paciente o de la familia en el caso que el no pudiera otorgarlo.

METODOLOGIA

La metodología utilizada para la realización del siguiente artículo ha sido la revisión bibliográfica de artículos publicados en la Biblioteca Cochrane y planes asistencias de cuidados paliativos de diferentes comunidades autónomas españolas con el objetivo general de dar a conocer y ampliar conocimientos en el personal sanitario ante la situación de un paciente que se encuentre en estado terminal y necesite sedación paliativa.

DEFINICION DE SEDACION PALIATIVA

En el marco de los cuidados paliativos el objetivo de la sedación es el alivio del sufrimiento del enfermo mediante una reducción proporcionada del nivel de consciencia.

Se denomina sedación paliativa a aquella que se logra mediante la administración deliberada de fármacos, en la dosis y combinaciones requeridas, para reducir la consciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento. Se trata de una sedación primaria que debe ser continua o intermitente, superficial o profunda.

La sedación en la agonía es un caso particular de la sedación paliativa, y se define como la administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y/o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la consciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima. Se trata de una sedación continua, que puede ser superficial o profunda.

La sedación paliativa tiene para el paciente y sus familiares una repercusión emocional y vivencial, ya que

a partir del momento en que se inicia la sedación en la fase preagónica se produce la desconexión definitiva del entorno.

El respeto a la autonomía del paciente y la importancia de la decisión de sedarlo obligan a los profesionales a hacerlo con su consentimiento explícito, implícito o delegado. Sedar a un paciente sin tener su consentimiento o el de sus representantes interpretando que es lo mejor para él es una mala praxis que puede tener consecuencias legales.

Además de velar por la calidad y la eficiencia del procedimiento el equipo que indica la sedación y la ejecuta debe acompañar y confortar a los familiares como parte del proceso de cuidado.

CRITERIOS PARA EL USO SEDACION PALIATIVA

- Solo debe plantearse ante la presencia de uno o más síntomas refractarios, 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.
- La enfermedad está en una fase avanzada o terminal.
- La intención es aliviar el sufrimiento y lograr el máximo confort
- La disminución del nivel de conciencia debe ser proporcionada a la necesidad del alivio del sufrimiento.
- Es necesario el consentimiento del paciente o de un familiar cuidador que le represente en el caso de la imposibilidad del paciente para otorgarlo, así como registrarlo en la historia clínica junto a los tratamientos instaurados y la resistencia a estos.
- Hay que monitorizar la respuesta de los fármacos con la escala de Ramsay (tabla 1) y hacerlo constar en la historia clínica.

INICIO DE LA SEDACION PALIATIVA

La vía de administración más utilizada es la subcutánea por su efectividad y fácil manejo. La medicación por vía subcutánea se puede administrar el formato de bolos o en infusión continua empleándose para ello bomba de infusión. La infusión continua es de elección. Los fármacos más utilizados en la sedación paliativa son:

- Midazolám: Es el fármaco de elección para la sedación paliativa, salvo en caso de delirium refractarios o intolerancia al midazolam, utilizándose en su lugar neurolepticos como la levopromazina. Hay varias presentaciones en ampollas 1mg/ml (de 5 ml) y de 5mg/ml (de 3 ml, de 10 ml y de 20 ml). El inicio de acciones es a los 5-10 minutos, con una vida media de 2-5 horas, por lo que los bolos se pautan cada 4h. La dosis máxima por vía parenteral es de 160-200mg. 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 el control de los síntomas, con un máximo de tres veces; vía intravenosa cada 10 minutos hasta el control de síntomas, con un máximo de 2 veces).
- Levopromazina: Como hemos dicho anteriormente se

suele utilizar cuando el síntoma refractarios a tratar es el delirio o el midazolam no consigue el efecto esperado, o es intolerante. Tiene acción antipsicótica, antiemético y sedativo. Se presenta en ampollas de 25mg/1ml. Se puede hacer una inducción en bolos a dosis de 12,5-25 mg para iniciar el tratamiento. Una vez el paciente estabilizado se administrarán 100mg/día en bomba de infusión continua. Se aplicarán rescates si mal control de síntomas, si es por vía subcutánea 12,5 mg cada 30 min (máximo 2 veces), si es por vía intravenosa 6,25 mg cada 15 minutos (máximo 2 veces). La dosis máxima de levopromazina no excederá de 300 mg/día. Al tratarse de un fármaco de la familia de los neurolepticos tenemos que estar atentos ante la posibilidad de que aparezca el síndrome neuroleptico maligno, lo cual conllevaría la retirada del tratamiento.

- Propofol: Es la alternativa cuando el midazolam y/o levopromazina no son efectivos. Es un fármaco rápido con el que se logra una sedación muy controlable. Se administra únicamente por vía endovenosa. La presentación es de propofol es en ampollas de 10mg/ml; propofol 2% (20mg/ml)
- Fenobarbital: Es un antiepileptico utilizado en la sedación paliativa de los pacientes que no responden al uso del midazolam y/o levopromazina. La solución es muy alcalina lo cual puede provocar necrosis local, ante lo cual debemos diluirla en 10 veces si volumen con agua estéril, pudiéndose administrar de forma segura tanto por vía intravenosa como por infusión continua subcutánea, aunque nunca debe mezclarse con otros fármacos.
- Tratamiento coadyuvante, entre los más utilizados citamos:

- Morfina: La morfina por vía parenteral dispone de varias presentaciones, encontrándonos pues con ampollas de 10 mg/ml (1%), 20 mg/ml (2%), 40 mg/2ml (2%) y 400 mg/10 ml (4%). Tenemos que tener especial precaución y monitorizar estrechamente valorando la respuesta analgésica, así como sus efectos secundarios cuando se realice el paso del tratamiento vía oral a la vía sc (equivale a la mitad de la dosis) y a la vía iv (equivale a un tercio de la dosis), es decir si un paciente estaba tomando 60 mg/día de morfina vía oral, al pasar a la vía sc equivale a 30mg/día, y 20mg/día si es intravenosa. Del mismo modo se aplicarán rescates si dolor o disnea.
- Hioscina: Se emplea para la disminución de las secreciones bronquiales.
- Desametaxona
- Haloperidol: Como antiemético y en cuadros psicóticos

CUIDADOS AL PACIENTE CON SEDACION PALIATIVA

- Debemos procurar un ambiente tranquilo
- Debemos prestar cuidados al paciente encamado. Debemos movilizarlo únicamente cuando sea necesario. Debemos de colocar al paciente en la postura que se encuentre más cómodo. La posición más confortable para el enfermo es en decúbito lateral con las piernas flexionadas ya que disminuye la respiración estertores y

facilita los cuidados de la piel y la aplicación en su caso de medicación vía rectal.

- Evitar medidas agresivas ante la falta de la ingesta y aplicar cuidados en la boca que evita la sensación de ser con más eficacia que la sueroterapia o la sonda nasogástrica (se aconseja retirarlas si el paciente la llevaba)
- Dar instrucciones a los familiares ante posibles crisis y situaciones previsibles (dolor, disnea, agitación...) indicándole a quienes tienen que avisar en el caso que las detecten.
- Recomendaremos a los familiares que eviten comentarios inapropiados en su presencia, ya que los dos sentidos que se conservan hasta el final son el oído y el tacto.
- Sería recomendable que durante el cuidado previo a la sedación el equipo se haya interesado por las necesidades espirituales del paciente, de reconciliarse consigo mismo y los demás.

CONCLUSIONES

La Agonía se ha definido como: "El estado que precede a la muerte, en aquellas enfermedades en que la vida se extingue gradualmente". Suele ser una situación de gran impacto, ante la proximidad de la muerte. En un

paciente que ha estado luchando contra una enfermedad terminal lo más frecuente es que la muerte llegue tras un continuo y progresivo deterioro físico y psíquico.

En esta fase debemos de priorizar el control de los síntomas y el dar alivio al sufrimiento psicológico, espiritual y emocional del paciente y de la familia. En ocasiones y ante la imposibilidad de controlar los síntomas tan intensos e intolerables que presentan los pacientes es necesario tomar la decisión de llevar a cabo una sedación paliativa para disminuir la conciencia del paciente y aliviar de este modo el sufrimiento.

Ante todo, esto es de vital importancia que el personal sanitario de encuentre perfectamente habilitado y adiestrado en el manejo de estas situaciones, por lo que es de vital importancia una formación adecuada sobre el tema. Formación que debe abarcar no solo aspectos médicos relacionados con el tratamiento sino también con la comunicación tanto hacia el paciente y a la familia, ya que, tranquilizando al paciente y la familia, evitaremos traslados innecesarios al hospital, y conseguiremos que el paciente muera en su entorno, si este era su deseo. Garantizando eso si las mejores condiciones de confort y de control de síntomas.

BIBLIOGRAFÍA

1. SECPAL. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. www.secpal.com
2. X. Busquet. Atención a la agonía. FMC – Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2005'
3. Alberto Alonso Navarro, Julia Fernández Bueno. Sedación Paliativa. FMC – Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2008
4. N. Marín, H. Kessel, M. Rodríguez, A.C. Barnossi, A. Lazo, E. Amat. Sedación terminal: el ultimo recurso ante una mala muerte.'
5. Consejería de Salud. Plan Integral de Oncología de Andalucía 2007-2012.
6. Consejería de Sanidad y Consumo. Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid 2005-2008. Madrid 2005
7. Barbero J, Romeo C, Gijón P, Júdez J. Limitación del esfuerzo terapéutico. Gracia D, Júdez J (Eds). Ética en la práctica clínica. Madrid: Fundación Ciencias de la Salud / Triacastela, 2004.
8. Ministerio de Sanidad y Política Social. Informes, estudios y recomendaciones 2009. Unidad de Cuidados Paliativos: Estándares y Recomendaciones.

ANEXOS

Nivel	Definición
1	Paciente ansioso, agitado, intranquilo o ambos
2	Paciente cooperativo, orientado y tranquilo
3	Paciente dormido con respuesta a las órdenes
4	Dormido con breve respuesta a la luz y el sonido
5	Dormido con solo respuesta al dolor
6	Sin respuesta a estímulos incluido el dolor fuerte

Tabla 1. Escala de Ramsay