

PACIENTE TERMINAL SEDADO: EVOLUCIÓN EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO, PLAN DE CUIDADOS Y APOYO EMOCIONAL A LA FAMILIA

Autora: Macarena Alonso Perteguer
Tutor: D. Francisco López-Lara Martín
Departamento: Anatomía y Radiología

Universidad de Valladolid

Trabajo Fin de Grado. Junio de 2017. Valladolid



ÍNDICE

1. Resumen.
2. Introducción.
3. Material y métodos.
4. Resultados:
 - Evolución en el tratamiento farmacológico.
 - Plan de cuidados.
 - Apoyo emocional a la familia.
5. Discusión.
6. Conclusiones.
7. Referencias bibliográficas.

RESUMEN

Es frecuente que un enfermo en estado terminal necesite de sedación paliativa. En estas circunstancias se hace patente la necesidad de un abordaje integral por parte de los profesionales.

En cuanto al tratamiento farmacológico, destaca el Midazolam como fármaco de elección, seguido por la Levomepromacina si este fracasa, o en caso de que el síntoma que motiva la sedación sea el delirium. Si ninguno de estos fuese eficaz, se utilizarían Fenobarbital o Propofol, preferiblemente este último.

En cuanto al plan de cuidados, son tan importantes los aspectos relacionados con evitar medidas agresivas, como aquellos orientados a la comunicación con el paciente y la familia.

El apoyo emocional y orientación a los familiares, así como la atención al duelo, también son clave en el abordaje del paciente terminal sedado.

Por lo tanto, y como ya hemos mencionado, la atención debe ser en todo momento multidisciplinaria, para lo cual se hace necesaria una adecuada formación de personal especializado.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de terminalidad requiere de la existencia de un padecimiento avanzado, incurable y progresivo (cáncer y otras enfermedades no oncológicas); una esperanza de vida inferior a 6 meses; el agotamiento de terapias curativas y la presencia de síntomas intensos y cambiantes con gran impacto emocional para el paciente y su familia. Es necesario mantener el cuidado continuo del paciente y de su núcleo familiar. Esto será llevado a cabo por un grupo multidisciplinario de profesionales entrenados para ello. (1)

Los Cuidados Paliativos proporcionan una atención integral a aquellas personas cuya enfermedad no responde o no dispone de tratamiento curativo. En esta situación es prioritario el control de los síntomas, especialmente del dolor, además del abordaje de otros problemas de carácter social, espiritual y psicológico. Es por eso que el enfoque es y debe ser interdisciplinario, incluyendo así al paciente, su familia y su entorno. (2)

Dentro de los Cuidados Paliativos destacaremos la Sedación Paliativa. Esta se define como una disminución intencionada del nivel de conciencia del enfermo, a través de la administración de los fármacos adecuados con el objetivo de evitar un sufrimiento intenso causado por uno o más síntomas refractarios. (3)

Teniendo en cuenta todo lo anterior, si el objetivo de la atención paliativa es mejorar el estado de salud y la calidad de vida de los pacientes y de su entorno, entonces será necesario reevaluar cómo se está llevando a cabo dicho cuidado. Es decir, entendiendo por “cuidado” el apoyo integral, continuado y personalizado del paciente en un contexto paliativo sensible a los vínculos y valores de la población afectada sin desproteger el respeto a su dignidad y autonomía. (4)

En este trabajo se abordan los diferentes aspectos de la atención al paciente en estado terminal sedado, desde su tratamiento farmacológico hasta la dimensión más emocional del proceso, pasando por el plan de cuidados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica descriptiva de la literatura actual acerca de la sedación paliativa, dando especial importancia al tratamiento farmacológico, cuidados y otros aspectos como el apoyo emocional a la familia.

La búsqueda de información se ha realizado en tres etapas:

- Búsqueda inicial: para tener una idea aproximada del volumen de información publicada sobre el tema, su calidad, bases de datos más adecuadas y conocer los términos clave para la búsqueda. Inicialmente se han utilizado bases de datos de carácter general, y a continuación bases de datos más específicas en el campo de los cuidados paliativos. A través de la lectura de título, abstract, conclusiones y bibliografía se hizo una preselección de los artículos.
- Búsqueda manual: se revisó la bibliografía incluida en los artículos seleccionados, con el fin de obtener información adicional.
- Selección: se escogieron aquellos artículos que cumplían los criterios de inclusión recogidos a continuación (tabla).

Tabla: Criterios de inclusión y exclusión.

	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Idioma	Inglés y español	Otros
Cronología	2013-2017	Anteriores a 2013
Tipo de fuente consultada	Artículos originales, revisiones, guías clínicas, libros	Artículos de opinión, cartas
Contenido	Cuidados paliativos Sedación paliativa	Otros diferentes

RESULTADOS

EVOLUCIÓN EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Según diversos estudios, los síntomas que más frecuentemente motivan la sedación paliativa son la disnea y el delirium. (5)

Otros estudios, sin embargo, indican que los síntomas que con mayor frecuencia motivan el uso de sedación paliativa son anorexia, dolor, ansiedad, depresión y náuseas. (6)

Esto nos lleva a tratar uno de los aspectos más relevantes de la sedación paliativa: los fármacos implicados en el proceso, así como su dosis y titulación. Los grupos de fármacos utilizados actualmente en sedación según las guías clínicas son:

1. Benzodiacepinas: prototipo: Midazolam.
2. Neurolépticos: prototipos: Levomepromazina o Clorpromazina.
3. Barbitúricos: prototipo: Fenobarbital.
4. Anestésicos: prototipo: Propofol.

(7)

De todos ellos, el fármaco más utilizado es el Midazolam. (8)

A continuación se describen las principales características y dosis de cada uno de los fármacos antes mencionados de acuerdo a las guías clínicas actuales.

MIDAZOLAM

Es el fármaco de elección, con una eficacia entre el 75% y el 100%. Puede combinarse con otros fármacos de uso habitual en cuidados paliativos, puede administrarse por vía subcutánea y dispone de antídoto, el Flumazenil. (9)

Las Benzodiacepinas tienen efectos ansiolíticos, amnésicos, sedantes, hipnóticos y anticonvulsivantes, pero no disponen de actividad analgésica. Sus efectos amnésicos sobrepasan más a los sedantes. Las Benzodiazepinas, sin embargo, pueden causar depresión respiratoria e hipotensión sistémica,

especialmente cuando se administran conjuntamente con otros depresores cardiopulmonares, particularmente Opioides.

Todas las Benzodiazepinas son metabolizadas por el hígado. El aclaramiento de las benzodiazepinas, por lo tanto, disminuye en pacientes con disfunción hepática y otros estados patológicos, y en pacientes ancianos. (10)

Protocolo de sedación:

1) Inducción:

- Se administran entre 5 y 7,5 mg vía subcutánea.
- Para una sedación rápida y profunda, se diluyen 15 mg (3 ml de midazolam) en 7 ml de suero fisiológico para obtener una concentración de 1,5 mg/ml, que se administra por vía endovenosa lenta, comenzando por 3 mg (2 ml) y aumentando hasta que el paciente se encuentre sedado en profundidad, situación a la que se llega en unos tres minutos.

2) Mantenimiento:

- Hay que ajustar la dosis diaria dependiendo de la dosis de inducción, para lograr el grado de sedación apropiado para un nivel de conciencia adecuado.
- Las dosis orientativas son:
 - Para conseguir el nivel 3 en la escala de Ramsay: 20-30 mg/día.
 - Para conseguir el nivel 4 en la escala de Ramsay: 30-45 mg/día.
 - Para conseguir el nivel 5 en la escala de Ramsay: 60-90 mg/día.
 - Para conseguir el nivel 6 en la escala de Ramsay: 100-120 mg/día.

Tabla: Escala de Ramsay. (11)

Nivel I	Agitado, angustiado.
Nivel II	Tranquilo, orientado, colaborador.
Nivel III	Respuesta a estímulos verbales.
Nivel IV	Respuesta rápida a la presión en el entrecejo, o a estímulos

	dolorosos.
Nivel V	Respuesta lenta a la presión en el entrecejo o a estímulos dolorosos.
Nivel VI	No respuesta.

Se debe prescribir una dosis de rescate de entre 5 y 10 mg por vía subcutánea o endovenosa. (9)

- Dosis máxima diaria de Midazolam: 240 mg/día. En caso de no lograr el nivel de sedación adecuado con esta dosis, se puede añadir Levomepromazina o cambiar a Fenobarbital o Propofol. (7)

El Lorazepam es más potente que el Midazolam, que a su vez es más potente que el Diazepam. Sin embargo, el Midazolam y el Diazepam son más solubles en lípidos que el Lorazepam, lo que resulta en un comienzo más rápido de la sedación y un mayor volumen de distribución de los dos primeros respecto del Lorazepam. (10)

LEVOMEPRMAZINA

Se considera de elección en los casos de pacientes con delirio, antecedentes de alcoholismo y/u otras drogodependencias. (9)

Además de su capacidad sedante, existen varios estudios que avalan su uso en el control de síntomas al final de la vida, tales como confusión y agitación, náuseas y vómitos, o dolor. Sin embargo, la evidencia de que se dispone al respecto es de bajo grado, y aunque sus efectos en cuidados paliativos son beneficiosos, su papel en el control de los síntomas requiere más evaluación e investigación. (12)

Protocolo de sedación:

1) Inducción:

- Se administran 25 mg por vía subcutánea. Si se precisa una sedación rápida y profunda, hay que diluir 25 mg (1 ml de Levomepromazina) en 9 ml de suero fisiológico para obtener una concentración de 2,5 mg/ml, que se administra por

vía endovenosa lenta comenzando por 12,5 mg (5 ml) e incrementando hasta que el paciente esté profundamente sedado.

2) Mantenimiento (dosis orientativas):

- En infusión continua subcutánea, la dosis media diaria de mantenimiento es de 100- 150 mg cada 24 horas.
- En infusión continua endovenosa, la dosis media diaria de mantenimiento es de 75-100 mg cada 24 horas.
- Después hay que ajustar la dosis según los objetivos de sedación.
- Las dosis de rescate son entre 12,5 y 25 mg por vía subcutánea o por vía endovenosa.
- Dosis máxima diaria: 200 mg. Es recomendable valorar los fármacos de tercera línea si el paciente no responde a la dosis de 200 mg/día. (9)

En caso de alcanzar la dosis máxima sin haber alcanzado un nivel de sedación adecuado, debería asociarse Midazolam como segundo fármaco o pensar en cambiar a Fenobarbital o Propofol. (7)

PROPOFOL

Es la alternativa cuando el Midazolam y/o la Levomepromazina no son efectivos. Es un fármaco muy rápido y efectivo, con el que se logra una sedación muy controlable, ya que al detener la infusión el paciente recupera la alerta rápidamente. Se administra siempre solo y por vía endovenosa. (9)

Debido a la corta duración de su efecto sedante, el Propofol puede ser útil en pacientes que requieren despertares frecuentes para evaluaciones neurológicas, y puede facilitar protocolos diarios de interrupción de la sedación. El Propofol tiene propiedades sedantes, hipnóticas, ansiolíticas, amnésicas, antieméticas y anticonvulsivantes, pero no tiene efecto analgésico. En los pacientes de la UCI, los efectos amnésicos del Propofol a niveles ligeros de sedación son menores que los de las Benzodiacepinas.

Por otra parte, el Propofol causa depresión respiratoria dosis-dependiente, e hipotensión debida a vasodilatación sistémica. Estos efectos pueden ser más pronunciados cuando se administra con otros medicamentos sedantes y Opioides. Otros efectos secundarios incluyen hipertrigliceridemia, pancreatitis aguda y mioclonías. (10)

Protocolo de sedación

1) Inducción:

- Hay que empezar con un flujo de 20 a 35 ml/h (de 6 a 10 mg/kg/h = 0,3 a 0,5 ml/ kg/h) durante los primeros 3-5 minutos, hasta conseguir el nivel de conciencia apropiado para la sedación.

2) Mantenimiento:

- Normalmente se recomienda empezar con un flujo de 5 ml/h (de 1,5 a 4,5 mg/kg/h = de 0,075 a 0,225 ml/kg/h).
- Aumentos de flujos progresivos (de 3 a 5 ml/h) se llevarán a cabo según el peso del paciente, dependiendo del grado de sedación necesario para lograr el nivel de conciencia acorde a los objetivos. (9)

El uso de dosis superiores a 4 mg/kg/h no se recomienda porque incrementa el riesgo de efectos indeseables. Las dosis requeridas pueden disminuir un 20-30% en pacientes ancianos, debilitados o hipovolémicos. (7)

FENOBARBITAL

El fenobarbital es un antiepiléptico utilizado en la sedación paliativa de los pacientes que no responden al uso de Midazolam y/o de Levomepromazina. (9)

El fenobarbital tiene las mismas ventajas de administración subcutánea que el Midazolam, y se utiliza ampliamente, y normalmente con éxito, por esa vía en cuidados paliativos. Es un medicamento más potente para la sedación que el Midazolam y se usa a menudo cuando la medicación anterior falla, especialmente si el paciente no tiene acceso intravenoso.

A pesar de su potencia y utilidad, debidas a la compatibilidad con la administración subcutánea, el Fenobarbital no es un sedante de elección. Está indicado en hipertensión intracraneal y estatus epiléptico pero en sedación, y no suele utilizarse como sedante en otros ambientes médicos.

Además de no estar indicado o no ser utilizado regularmente en sedación, el Fenobarbital no tiene muchas de las propiedades que se requieren en un agente sedante. Además, el Fenobarbital se acumula con la dosificación repetida o la infusión continua y tiene una vida media larga, lo que hace mucho más difícil titularlo efectivamente hacia arriba para hacer frente a un aumento de los síntomas, o hacia abajo si el medicamento está causando efectos secundarios evitables. (13)

Protocolo de sedación:

La solución del inyectable de fenobarbital es muy alcalina (puede provocar necrosis local), pero diluida en 10 veces su volumen de agua estéril (1 ml con 10 ml) se puede administrar de manera segura por vía intravenosa o en infusión continua subcutánea. Nunca debe mezclarse con otros fármacos. Actualmente se recomienda no superar la dosis de 200 mg cada 24 horas de Levomepromazina; por tanto, hay que cambiar de fármaco o añadir otro. Es necesario vigilar la zona cutánea de la infusión, ya que la Levomepromazina provoca a menudo celulitis química, con las consecuentes malabsorción y pérdida del efecto sedativo.

1) Inducción:

- Administrar una dosis intramuscular de 200 mg (1ml) sin diluir, o diluida en 10 ml de agua estéril por vía endovenosa a pasar en al menos dos minutos.

2) Mantenimiento:

- Administrar 800 mg cada 24 horas en infusión continua subcutánea (volumen total: 4 ml + 40 ml de agua estéril = 44 ml).
- Si el paciente presenta agitación, hay que administrar una dosis extra de 100 o 200 mg por vía intramuscular o intravenosa cada hora, si es necesario.

- En función del número de rescates, hay que valorar el incremento de la dosis diaria hasta 1.600 mg cada 24 horas. (9)

¿Qué medicamento utilizar?

Debido a la ausencia de evidencia no existen recomendaciones con respecto a qué fármaco debe emplearse, estableciéndose sólo recomendaciones generales. (7)

Sin embargo, revisiones más recientes establecen que la elección del fármaco dependerá del síntoma refractario. Si el síntoma es delirio se inicia con Levomepromazina. Se administra la dosis de inducción como rescate, cada hora si es necesario.

Cualquier otro síntoma debe comenzar con Benzodiazepinas de corta acción como el Midazolam. Si no se consigue controlar el síntoma con dosis superiores a 200 mg, o aparece agitación como efecto adverso, se puede utilizar Levomepromazina sola o combinada con Midazolam.

Si falla el tratamiento anterior se puede utilizar Fenobarbital o Propofol, este último recomendado por su rápida acción, fácil titulación y corta duración, lo que permite revertir rápido una sedación profunda. (11)

El Midazolam es un medicamento eficaz para la sedación profunda continua. Actúa rápidamente, es fácilmente titulable, y es lo suficientemente potente como para que funcione en la mayoría de los casos. El Diazepam es también de acción rápida, pero sólo es útil en sedaciones en el orden de horas como máximo porque se acumula mucho. El Lorazepam es útil como agente primario en la sedación paliativa cuando se prefieren bolos intermitentes en vez de infusiones continuas.

Es evidente que el agente más adecuado para proporcionar el alivio más rápido y fiable es el Propofol, porque es un anestésico. Sin embargo, esa es la principal razón por la que no constituye el fármaco de elección: el hecho de que sea un anestésico acarrea problemas como la necesidad de intubación, la falta de experiencia del personal en su uso, o las políticas de algunos centros en su utilización fuera de la UCI, entre otras. (13)

Por último, se ha estudiado el efecto sedante de una pauta combinada de Ketamina, Morfina y Midazolam (protocolo KMM) que resultó eficaz para controlar el dolor, además de proporcionar alivio de los síntomas respiratorios, neuropsiquiátricos y gastrointestinales en pacientes con cáncer al final de su vida. No se identificaron complicaciones asociadas a KMM. (14)

PLAN DE CUIDADOS

Según las guías actuales de sedación paliativa, los aspectos más relevantes a tener en cuenta en el cuidado del paciente terminal sedado son los siguientes:

1) Atención al paciente encamado: no es necesario realizar los cambios posturales con tanta frecuencia. Es mejor no movilizarlo innecesariamente, sino colocarlo en la posición que le resulte más cómoda (a ser posible en decúbito lateral, para disminuir los estertores).

2) Evitar llevar a cabo medidas agresivas ante la falta de ingesta: es necesario aplicar cuidados en la boca y explicar a los familiares del paciente que la falta de ingesta es consecuencia del deterioro, y no causa del mismo. Los cuidados de la boca son más eficaces para evitar la sensación de sed que la sueroterapia o la sonda nasogástrica; De hecho es aconsejable retirarlas si el paciente las llevaba. (9)

Otros estudios sin embargo reflejan la necesidad de valorar la retirada de la hidratación de forma individualizada: hay situaciones en que un exceso de hidratación puede producir retención de líquidos y exacerbación de la efusión pleural o peritoneal, entre otros; sin embargo, interrumpir el aporte de líquidos puede producir sed y un incremento en los metabolitos de los fármacos, que pueden empeorar el delirium y la agitación. (15)

Los estudios descritos sugieren que los pacientes en buen estado y con un pronóstico a medio y largo plazo (meses-años) podrían beneficiarse de nutrición asistida. Sin embargo, la evidencia de base para apoyar esto actualmente es débil. (16)

3) Es aconsejable dar instrucciones ante posibles crisis de necesidades previsibles y escenas temidas tales como crisis de disnea, dolor, agitación...

4) Es importante no olvidar la comunicación: los mensajes deben ser breves y claros, en tono calmado, para ayudar al paciente a estar tranquilo. El tono de voz, el contacto físico y otros aspectos de la comunicación no verbal son tan importantes como las palabras. Estos mensajes pueden ser transmitidos

mientras se coge la mano del paciente; hay que invitar a sus familiares a hacer lo mismo.

5) Es conveniente que, durante el cuidado previo a la sedación, el equipo se interese por las necesidades espirituales del paciente, de reconciliarse consigo mismo y con los demás, de cerrar armoniosamente su ciclo vital y de expresar y celebrar sus creencias religiosas y/o espirituales.

6) Hay que recomendar a los familiares del paciente que eviten hacer comentarios inapropiados en su presencia, aunque parezca no enterarse. Generalmente los pacientes suelen conservar los sentidos del oído y del tacto. Es por eso que se debe evitar el velatorio con el enfermo vivo, que puede crearse al considerar de forma errónea que el paciente no percibe lo que ocurre a su alrededor.

7) Es necesario que la asistencia se lleve a cabo de forma continua: si el paciente se halla en su domicilio, puede resultar de utilidad facilitar un teléfono de contacto a sus familiares. Por otro lado, informar de la situación del paciente a los servicios de urgencias extrahospitalarios puede ayudar a orientar las posibles consultas. De la misma manera, es conveniente dejar informes escritos tanto en los sistemas de información médica como en el domicilio del paciente.

8) Facilitar información sobre los trámites posteriores al fallecimiento será de gran utilidad para los familiares del paciente.

9) Es importante intentar detectar y prevenir los posibles problemas relacionados con el duelo.

10) Debe procurarse un ambiente tranquilo en todo momento.

(9)

APOYO EMOCIONAL A LA FAMILIA

La familia es un pilar básico para el cuidado del paciente, por eso es importante no separar las necesidades del enfermo de las del grupo familiar. Ambas entidades funcionan como una unidad, influyendo conductas entre ellos, lo que le sucede a uno afecta al otro. La ayuda, por lo tanto, debe brindarse a ambos por igual, paciente y familia tienen miedos y emociones que también requieren atención por parte del personal especializado. (1)

La situación de la familia de un enfermo terminal se caracteriza un alto impacto emocional, condicionado por la presencia de múltiples miedos y temores que, los profesionales sanitarios, deben saber reconocer y abordar. La muerte siempre está presente de forma más o menos explícita, así como el miedo al sufrimiento del ser querido, las inseguridades, la duda de si serán o no capaces de afrontar esta última fase, los problemas que pueden aparecer en el momento de la muerte o si sabrán reconocer que ha muerto, etc. A menudo es la primera experiencia de este tipo para el enfermo y su familia, y la tranquilidad de la esta repercute directamente sobre el bienestar del enfermo. (17)

Según un estudio sobre las experiencias de los familiares de pacientes en sedación paliativa, aunque la valoración general de los familiares respecto de la provisión de sedación paliativa fue positiva, se objetivó un descontento con la forma en que se proporcionaba información y con la comunicación en general. (18)

Según la sociedad española de cuidados paliativos, hay ciertos aspectos a tener en cuenta respecto a la atención del duelo antes del fallecimiento:

- La atención tanto del enfermo como de su familia durante todo el proceso de enfermedad debe realizarse de manera integral. Es importante evitar los recuerdos dolorosos y asegurar el no abandono del paciente.
- Se debe involucrar a la familia en la atención al duelo y en todo su proceso.
- La comunicación y la transmisión de información a la familia durante el proceso deben mantenerse de forma franca y veraz.

- Es importante detectar, valorar y aliviar las necesidades y dificultades que pueda estar atravesando la familia. Así será posible ayudar a resolverlas y evitar la sobrecarga.
- Es necesario prevenir y/o disminuir los sentimientos de culpa, promoviendo el desahogo emocional.
- La familia debe ser capaz de cuidar a su ser querido y establecer una comunicación emocional. Para ello hay que valorar y potenciar los recursos de la familia.
- Para prevenir el riesgo de claudicación familiar resulta de utilidad establecer normas de actuación a través de un plan de cuidados de acuerdo con el paciente y/o la familia.
- Los miembros más vulnerables de la familia como niños, adolescentes, mayores y discapacitados requieren una atención especial, para lo cual será necesario promover unas pautas de actuación y participación.
- La familia necesitará orientación sobre necesidades de organización familiar, cambios de rol, o temas más burocráticos como testamentos.
- Se deberá promover y crear un ambiente adecuado para la resolución de conflictos, así como mediar en la medida de lo posible en situaciones problemáticas.
- Así mismo, se deberá informar acerca de los recursos, tanto sanitarios como sociales que estén disponibles.
- En caso de percibir un riesgo alto de duelo complicado, será necesario derivar al psicólogo de los equipos de cuidados paliativos o al equipo de referencia de Atención Primaria.

(19)

- Respecto al cuidador principal, es importante identificar los recursos físicos, emocionales y educativos de que dispone. (20)
- Otro aspecto relevante podría ser la explicación a la familia de la diferencia entre sedación paliativa y eutanasia, recalcando que el objetivo de la primera es aliviar el sufrimiento y no causar la muerte. (21)

DISCUSIÓN

El diagnóstico de enfermedad terminal lleva consigo una serie de necesidades psicosociales por parte de los pacientes y de sus familiares. Por ello, el paciente y su familia son la unidad a tratar. El equipo de trabajo debe estar integrado por profesionales multidisciplinarios que tengan aptitud de servicio y capacidad de comunicación y apoyo hacia el paciente y su familia. Se deben procurar medidas de confort, además de soporte emocional y espiritual. Así se cumple el objetivo de los cuidados paliativos: procurar que la muerte sea un paso natural, en paz y en compañía de los seres queridos. (1)

En el ámbito meramente farmacológico del tratamiento del paciente terminal sedado, dada la ausencia de evidencia sólo existen recomendaciones generales.

Generalmente se empieza con Midazolam, salvo cuando el síntoma refractario sea delirium, en cuyo caso se iniciará con Levomepromacina. La Levomepromacina se puede emplear sólo o en combinación con Midazolam, en caso de que este por sí sólo no sea efectivo.

Si todo lo anterior falla, se procedería a utilizar Fenobarbital o Propofol, siendo este último más recomendado.

Por lo general se prefiere el Midazolam antes que otras Benzodiacepinas como Lorazepam o Diazepam; y aunque el Propofol en condiciones ideales sería el fármaco más adecuado para la sedación, en la práctica su uso está más limitado.

El abordaje del paciente terminal sedado debe llevarse a cabo a través de un enfoque multidisciplinar. En esta situación es tan importante el tratamiento farmacológico, como el apoyo emocional a la familia y el resto de cuidados que precise el paciente. Pero a pesar de ser algo sensato y razonable, no siempre se realiza de esta manera, de forma que a menudo los familiares no son informados adecuadamente o no reciben todo el apoyo que necesitan.

En este contexto, parece lógico pensar que puedan existir carencias en el proceso formativo de los profesionales. Para el personal que atiende al

paciente y a sus familiares en esta fase también es una situación difícil, ya que además de su labor estrictamente médica, debe llevar a cabo una labor mucho más humana y profunda; una labor, para la que a menudo no se les prepara de manera adecuada, y que sin embargo, en ningún caso debería ir desligada del aspecto médico, sino que ambas entidades deberían constituir un todo integrado.

CONCLUSIONES

Es necesario valorar el síntoma refractario antes de iniciar la sedación paliativa. Si este es delirium, se utilizará Levomepromacina, en caso contrario el fármaco de elección será el Midazolam. Fenobarbital y Propofol serán utilizados en caso de que los anteriores no sean efectivos.

En la fase terminal de la enfermedad, también hay que prestar atención al plan de cuidados del enfermo, sobre todo en lo relativo a evitar medidas agresivas, y a la importancia de la comunicación con el paciente y su familia. Esta situación que culminará con la muerte del enfermo, debe ser, por tanto, abordada de manera multidisciplinar por profesionales cualificados, que deberán ejercer como agentes facilitadores de ayuda y soporte.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maritza VV. Cáncer: cuidado continuo y manejo paliativo. Rev Médica Clínica Las Condes. :668-76.
2. Sancho MG, Trota RA, Cantera JB, Casasnovas LC, del Castillo ÁG, Martínez JAH, et al. Atención Médica al final de la vida: conceptos y definiciones. Gac Médica Bilbao Rev Of Acad Cienc Médicas Bilbao. 2015;112(4):6.
3. DO WE NEED AMP. ?` Es necesario precisar el concepto de sedación? Cuad Bioét. 2015;26(1^a):111.
4. W. Astudillo, Iastigarraga, A. Salinas, C. Mendinuesta, A. Navajas, C. D'Souza, S. Jassal, editor. Medicina Paliativa en niños y adolescentes.
5. Nabal M, Palomar C, Juvero MT, Taberner MT, León M, Salud A. Sedación paliativa: situación actual y áreas de mejora. Rev Calid Asist. marzo de 2014;29(2):104-11.
6. Zamora-Mur A, García-Foncillas R, Zamora-Catevilla A, Nabal-Vicuña M, Calderero-Aragón V, Lostalé-Latorre F. Factores condicionantes de sedación en pacientes geriátricos y oncológicos atendidos en el domicilio. SEMERGEN - Med Fam. 2016;182-8.
7. Sánchez M.A, Cuervo M.A. GUÍA DE SEDACIÓN PALIATIVA DEL PRCPEX. 2015.
8. Cancelli F, Dubra A, Zulian GB. Palliative Sedation for Status Epilepticus in a Patient with Progressive Multifocal Leukoencephalopathy. J Pain Palliat Care Pharmacother. 1 de diciembre de 2014;28(4):382-3.
9. J. Santamaría, E. García, C. Rosselló, C. Moreno, M. Estarellas, C. Serrano, M. Llagostera, X. Lacueva, P. Rapún, E. Benito, N. Sansó, E. Arbona. Guía de Sedación Paliativa. Recomendaciones para profesionales de la salud. Programa de cuidados paliativos de las Islas Baleares 2013-2016. 2016.
10. Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agi... : Critical Care Medicine. LWW. 2013.
11. Bonilla P. Terapia de sedación paliativa ¿cuándo y cómo? Rev Oncol. 2016;28(1).
12. Dietz I, Schmitz A, Lampey I, Schulz C. Evidence for the use of Levomepromazine for symptom control in the palliative care setting: a systematic review. BMC Palliat Care. 2013;12:2.
13. Bodnar J. A Review of Agents for Palliative Sedation/Continuous Deep Sedation: Pharmacology and Practical Applications. J Pain Palliat Care Pharmacother. 2 de enero de 2017;31(1):16-37.

14. Asna N, Shemesh N, Arbel L, Yosef RB, Batash R, Schaffer M. Effect of the Sedative Combination of Ketamine, Morphine and Midazolam on the Quality-of-Life in the Final Days of Terminally Ill Cancer Patients. *Arch Med.* 2017;09(02).
15. Maltoni M, Setola E. Palliative sedation in patients with cancer. *Cancer Control.* 2015;22(4):433–41.
16. Good P, Richard R, Syrmis W, Jenkins-Marsh S, Stephens J. Medically assisted nutrition for adult palliative care patients. En: *Cochrane Database of Systematic Reviews.* John Wiley & Sons, Ltd; 2014.
17. Guía de cuidados paliativos. [Httpwww Secpal ComguiacpGuiacp Pdf.](http://www.Secpal.ComguiacpGuiacp.Pdf) 2014;
18. Bruinsma S, Rietjens J, van der Heide A. Palliative Sedation: A Focus Group Study on the Experiences of Relatives. *J Palliat Med.* 19 de febrero de 2013;16(4):349-55.
19. M. A. Lancasta Reverte, B. Sanz Llorente, C. Soler Saíz, C. Yelamos Agua, S. de Quadras Roca, Á. Gándara del Castillo R. Atención al Duelo en Cuidados Paliativos: Guía Clínica y Protocolo de Actuación. Madrid: Siosí Punto Gráfico; 2014.
20. de Cuidados Paliativos SE. Planes de cuidados estandarizados de Enfermería dirigidos a paciente y familia en procesos avanzados y terminales. 2014;
21. Jiménez AMC, González M, Ángel MCV, Krikorian A. Impacto familiar de la sedación paliativa en pacientes terminales desde la perspectiva del cuidador principal. *Psicooncología.* 2016;13(2-3):351-65.