

Protocolo de actuación para la Sedación Paliativa ante una disnea refractaria en domicilio

Protocolo especial COVID-19

Autores: Christian Villavicencio-Chávez; Xavier Sobrevia; Jordi Esquirol-Causa; Laura Guerrero-Algara; Jesús Vaquero-Cruzado; Ylenia García-Navarro.

Sedación Paliativa: “se entiende por sedación paliativa la **administración deliberada** de fármacos, en las dosis y **combinaciones requeridas**, para **reducir la conciencia** de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito, implícito o delegado” (SECPAL).

Síntomas refractarios: “Aquel que no puede ser adecuadamente controlado con los tratamientos disponibles, aplicados por médicos expertos, en un plazo de tiempo razonable” (OMC).

Condiciones para que la sedación sea considerada ética y legalmente lícita. (Adaptado de SECPAL)

1. **Existencia de un síntoma refractario**, no solo ante un síntoma de difícil control. Teniendo presente, siempre, que la morbilidad prevista de la intervención sea tolerable para el paciente y que las intervenciones propuestas proporcionen alivio dentro de un marco de tiempo razonable.
2. **Dejar constancia en la historia clínica:** etiología del síntoma, tratamientos instaurados y resistencia a éstos.
3. **Intención de aliviar el sufrimiento:** utilización de dosis adecuadas y proporcionadas al síntoma que queremos aliviar (dosis mínima eficaz), ajuste de la dosis al nivel de conciencia, reversibilidad y uso de fármacos de rápida metabolización y vida media corta.
4. **Ajustar la dosis y la combinación de fármacos** a la disminución de conciencia suficiente. La monitorización de la respuesta del paciente al fármaco es fundamental para lograr aliviar el sufrimiento causado por un síntoma refractario.
5. **Obtener el consentimiento informado del paciente.** Sin embargo, ante una situación de paciente inconsciente se puede considerar suficiente el consentimiento expresado por un familiar responsable.
6. **Evaluación interdisciplinar**, decisión conjunta del equipo médico que atiende.

La pandemia por Covid-19 ha generado una sobrecarga de los servicios asistenciales, muchos pacientes no podrán ser atendidos en los hospitales y nos veremos en la imperiosa necesidad de atenderlos en el domicilio. También en sus últimos días, producto de que no hay un tratamiento para el coronavirus o para alguna enfermedad que puedan estar padeciendo.

En la gran mayoría de los casos, la atención en el domicilio es básicamente sintomática: Si el equipo médico, después de haber utilizado los medios ordinarios de atención en el domicilio (analgésicos, broncodilatadores y/o antibiótico en algunos casos) y evaluando que el paciente no responde adecuadamente a los tratamientos (mantiene la desaturación, disnea, tiraje intercostal, taquicardia), prevemos que nos encontramos frente a una situación clínica irreversible y una muerte cercana. En este caso estamos obligados a brindar el confort necesario al paciente y a sus familias.

Se debe explicar al paciente, si tiene consciencia y a la familia, la situación de forma muy sencilla y solicitar su consentimiento verbal o gestual. Concretamente decirle que:

- (*Nombre del paciente*), las cosas no están bien. ¿le parecería que le pongamos medicación para disminuir la consciencia? Así no percibirá la sensación de ahogo, el malestar de la fiebre o lo que puede estar sintiendo por el proceso infeccioso. Buscaremos que no sufra.

Si el paciente no es consciente explicaremos esto a la familia para que dé su consentimiento.

Aplicación de la sedación

Después de obtener el consentimiento, en el domicilio utilizaremos tres fármacos:

- Midazolam.** Ampollas de 15mg (3ml). Objetivo: **sedación** o disminución de consciencia. Dosis iniciales: 5mg (1ml) sc. ó 10mg (2ml) en caso de que el paciente hubiera estado ingiriendo previamente benzodiazepina en su medicación habitual.
- Cloruro mórfico.** Ampollas de 10mg (1ml). Objetivo: control de la **sensación disneica**, con efecto sedante secundario a la administración (no es su primera indicación). Dosis iniciales: 10mg sc.
- Buscapina.*** Ampollas de 20mg (1ml). Objetivo: **disminución de mucosidad y estertores**. Para disminuir los ruidos respiratorios al final de la vida, ofreciendo de forma directa confort también a la familia. Dosis iniciales 20mg sc. Dosis mínima 40mg y máxima 120mg sc. en 24horas.

Los **dos primeros fármacos son necesarios** y el tercero es opcional.

En caso de falta de midazolam, se puede usar Levomepromazina (Sinogan®) Ampollas de 25mg(1ml): Objetivo Sedación. Dosis iniciales 25mg (1ml) sc.

Una vez explicado todo el proceso, debemos proceder a la colocación de la vía subcutánea e inicio de la inducción.

Inducción:

- Iniciar con midazolam + morfina a las dosis iniciales indicadas.

- Esperar 10 minutos y evaluar si el paciente entra en RAMSAY IV (somnoliento con breves respuestas a la luz y el sonido), V (dormido, con respuesta sólo al dolor) o VI (sin respuesta).
- Si no se ha obtenido una respuesta RAMSAY IV, V o VI administrar otra dosis de midazolam, sin morfina en esta segunda ocasión.
- Este procedimiento se podrá repetir hasta llegar al RAMSAY IV y evaluar que no hay signos de “*discomfort*”.
- Si se han requerido tres o más dosis de midazolam para la inducción la dosis a usar cada 4 horas siempre será de 10mg (2ml).

****En caso de haber inducido con Levomepromazina (sinogan®) la dosis inicial será de 25mg (1ml) y deberá repetirse cada 10 minutos hasta lograr el RAMSAY IV, V o VI (el procedimiento será igual que con el midazolam)**

- **Ejemplo:** Inicio la inducción con 5mg de midazolam (1ml) + 10mg (1ml) de morfina. Si el paciente continua con *discomfort*, necesitará una segunda y/o una tercera dosis de midazolam de 5mg(1ml).

Si al final de la inducción he necesitado administrar 15mg de midazolam o más, la dosis cada cuatro horas siempre será de 10mg (2ml) de midazolam.

***En caso de haber usado 50mg Levomepromazina o más, la dosis cada cuatro horas será siempre 25mg (1ml)*

El **bienestar del paciente** se valorará principalmente por la **expresión facial**. Los músculos de la cara necesitan tan poca energía que permiten observar el *discomfort* en el rostro del paciente. No se valorará por otros aspectos como los ruidos, el tipo de respiración o el color de la piel y/o mucosas.

Una vez lograda la fase de sedación inicial, debemos dejar en el domicilio el material necesario para mantener la sedación y que pueda ser administrada por el cuidador principal. Se debe dejar preparado:

- 9 jeringas de 2ml cargadas con midazolam + 9 jeringas de 2ml cargadas con morfina
- Dejaremos en el domicilio dos vasos etiquetados, uno para la morfina y otro para el midazolam.



- Explicar la familia que se han de administrar **los dos fármacos** cada 4 horas:
 - 1 o 2ml de midazolam (dependiendo de la dosis de inducción utilizada en el caso de midazolam)
 - 1ml en el caso de la morfina, cada 4 horas.
- Si a pesar de la dosis administrada, se observan signos de **disconfort** antes de llegar a pasar las 4 horas, se puede administrar una dosis extra de midazolam + morfina, independientemente de la pauta previamente o de la que tocará. Y la dosis normal se mantiene a la hora prevista, no se retrasa.
- Debemos explicar a la familia que, si el paciente presenta **disconfort** y nos vemos en la necesidad de administrar una dosis extra, pueden suceder tres escenarios:

- **Que el paciente continúe con disconfort**, lo que nos hace ver que no es la dosis adecuada y debemos administrar una siguiente dosis a los 10 minutos.
- **Que se quede tranquilo y con bienestar** hasta la siguiente dosis. Lo que nos hace ver que la dosis ha sido la adecuada y la necesitaba.
- **Que el paciente se muera**. Sí, que el paciente se muera. Lo que no es considerado en ningún caso una eutanasia. Si la indicación de administrar la sedación paliativa y el procedimiento aplicado han sido los correctos no había intención de matar sino de aliviar el sufrimiento refractario. Una gran diferencia entre la eutanasia y la sedación paliativa es la “intención”.

*En caso de utilizar **buscapina**, puede ser utilizada en dosis de 1ml (20mg) cada 8 ó 6 horas, por la misma vía subcutánea.

Cada paciente requerirá su dosis farmacológica de sedación, pero se iniciará siempre con las dosis estandarizadas y protocolizadas en la literatura, para posteriormente hallar las dosis necesarias para cada paciente durante el proceso.

Según el Código de Deontología Médica, en el capítulo VIII, Atención médica al final de la vida. El artículo 38.1 dice: El médico tiene el deber de intentar la curación o la mejoría del paciente, siempre que sea posible. Cuando ya no lo es, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su confort, aun cuando de ello pueda derivarse un acortamiento de la vida.

Este protocolo es aplicable siempre y cuando se tengan en consideración todos los puntos expuestos anteriormente y se prevé la muerte como inevitable, frente a un proceso infeccioso que hoy en día no tiene curación, como es el COVID-19

Barcelona 27 de marzo de 2020.