

# Guia Pràctica de Sedació Pal·liativa

Guia Pràctica de Sedación Paliativa

Palliative Sedation Practical Guide



Societat Catalanobaleària de Cures Pal·liatives

## *Guia Pràctica de Sedació Pal·liativa*

### **Grup Redactor:**

Josep Porta i Sales – Institut Català d’Oncologia

Santi Bernades i Teixidó – PADES Hospital Sagrat Cor, Martorell

Mercedes Liras García – PADES Delta del Llobregat

M<sup>a</sup> Eugenia López Romboli – Institut Català d’Oncologia

Frances Lynd – Fundació Sòcio-Sanitària de Barcelona

### **Col·laboradors:**

Joana Llobera E - Institut Català d’Oncologia

Helena Camell - H S. Camil

Sergio Herrero - PADES Delta del Llobregat

Socorro Cabello - H S. Camil

Josep M<sup>a</sup> Cantalejo - PADES-Garraf

Yolanda Ruzafa - PADES-Garraf

Eloisa Álvarez - PADES-Garraf

Salus Garcia – Consorci Sanitari Integral

Marta Cuadrado – Consorci Sanitari Integral

Olga Corral – Consorci Sanitari Integral

Maribel Ruíz – Consorci Sanitari Integral

Benito Fontecha – Consorci Sanitari Integral

Ana Belén Castillo- H S. Camil

Adela Gejo – PADES Delta del Llobregat

Maite Muñoz - CSSV-Ricard Fortuny

Vanessa Freixedes - CSSV-Ricard Fortuny

Raquel Escriche - CSSV-Ricard Fortuny

Nuria Rovira - CSSV-Ricard Fortuny

Isabel Marquez – PADES Delta del Llobregat

Silvia Tenllado Pérez – PADES Delta del Llobregat

Olga Arenas - PADES-Garraf

Montse Miret - PADES-Garraf

## *Guia Pràctica de Sedació Pal·liativa*

Dolores Penela - PADES Hospital Sagrat Cor, Martorell

Yaiza Tarajano – PADES Hospital Sagrat Cor, Martorell

Angela Castellví - PADES Delta del Llobregat

### **Secretaria:**

Rosa Artigas – Institut Català d'Oncologia

Dolores Castro– PADES Delta del Llobregat

**Sponsor:** Grünenthal Pharma S.A.



## **Pròleg**

Amb gran plaer us presentem la ***Guia Pràctica de Sedació Pal·liativa***, elaborada per reconeguts professionals de la Societat Catalano-Balear de Cures Pal·liatives ( SCBCP ). Vol ser un instrument clar i útil per la pràctica diària de tots els professionals que dediquen el seu esforç a millorar la qualitat de vida dels malalts. Es presenta una guia amb un format pràctic, incorporant exemples que il·lustrin la seva aplicació; també s'incorporen seccions específiques com són la sedació a domicili i a urgències. S'ha volgut que la seva edició es faci no sols en català , sinó també en castellà i anglès, i que la seva difusió sigui el més àmplia possible ( per exemple, en la web de la SCBCP ), com una expressió més de la voluntat de la SCBCP de fer sentir la seva veu i expertesa en l'atenció dels malalts. Volem que aquest camí continuï i es vegi reflectit en els mesos propers amb altres guies clíniques que s'estan elaborant i que de ben segur reflectiran el rigor i el coneixement del seus autors. Desitgem doncs, en el nom de la SCBCP , que us sigui molt profitosa en el treball del dia a dia.

Miquel Domènech Mestre

President de la Societat Catalano Balear de Cures Pal·liatives

## **Contingut**

Introducció .....	7
1.- Definició i classificació.....	8
1.1.-Definició .....	8
1.2.- Classificació .....	12
2.- Aspectes ètics i legals.....	14
2.1.- Com pot assegurar-se que es realitza correctament la Sedació Pal·liativa? .....	14
2.2.- El concepte del doble efecte relatiu a la Sedació Pal·liativa.....	15
2.3.- Dir la veritat (2.8) .....	15
2.4.- Competència .....	16
2.5.- Nutrició i hidratació .....	17
2.6.- Aspectes deontològics i legals. ....	17
3.- Procediment.....	20
3.1.- Quan un símptoma ha de considerar-se refractari? .....	20
3.2 - . Fins quan aquest pacient podria viure? .....	21
3.3.-Com obtenir el consentiment? .....	21
3.3.-Com obtenir el consentiment ? .....	22
3.3.1- Com obtenir el consentiment dels pacients competents? .....	22
3.3.2 - . Com obtenir el consentiment d'un pacient no competent?.....	24
3.3.3 - . Què fer quan ningú pot donar el consentiment?.....	25
3.4.-Com iniciar la sedació?.....	25
3.4.1.- Què fer amb els fàrmacs que estava prenent prèviament el pacient?.....	25
3.4.2.- Protocol d'actuació farmacològica.....	25
3.5.- Quins instruments s'utilitzen per mesurar el nivell de sedació? .....	32
4.- Tractament dels símptomes acompanyants durant la sedació .....	34
4.1.- Ranera pre-mortem .....	34
4.2.- Febre .....	35
4.3.- Mioclònies i convulsions .....	35
4.4.- Regurgitació del contingut gàstric. ....	36
4.5.- Hemorragia .....	36
4.6.- Retenció aguda d'orina .....	37
5.- Atenció a la família.....	38
6.- Sedació a domicili.....	41
6.1.- Descripció de l'escenari i aspectes específics .....	41

## *Guia Pràctica de Sedació Pal·liativa*

6.2.- Aspectes pràctics.....	42
6.2.1 Pautes d'intervenció.....	42
6.2.2.- Via Subcutània.....	43
Capacitat normal.....	46
6.3.- Coordinació de recursos .....	48
7.-Sedació a urgències.....	50
7.1. Quines situacions es poden presentar? .....	50
7.2. Procés i presa de decisions a Urgències:.....	51
7.3.- Obtenció del consentiment.....	52
7.4. Fàrmacs a utilitzar .....	53
7.5. Registre a la història clínica .....	53
Annex I . Escales .....	55
Palliative Prognostic Score (Pap Score).....	55
Palliative Performance Score (PPSv2) .....	56
Palliative Prognostic Index .....	57
Annex 2: full de tractament.....	58
Annex 3 : Cures de confort.....	59
Annex 4 : Bombes d'infusió elastomèriques.....	60

## **Introducció**

El Baix Llobregat és una comarca situada al sud de l'àrea metropolitana de la ciutat de Barcelona. Inclou diverses ciutats i pobles, amb una població total de 1.500.000 habitants.

El Baix Llobregat és també una Regió Sanitària on treballen diversos equips de Cures Pal·liatives, alguns proporcionant atenció domiciliària, mentres que altres estan en hospitals comarcals, centres socio-sanitaris i en l'hospital universitari de tercer nivell de la regió.

Els professionals de Cures Pal·liatives de la regió tenen una llarga història de cooperació i col·laboració en l'atenció dels pacients. Un punt important en aquesta trajectòria va ser a principis del 2011 on es va decidir formar un grup cooperatiu per tal d'impulsar protocols conjunts, especialment, sobre tractament farmacològics. El grup es va autodenominar Grup de Cures Pal·liatives del Baix Llobregat.

L'objectiu del Grup es elaborar guies, protocols o altres materials que ofereixin la possibilitat de donar un tractament més equitatiu a la població de pacients en situació de malaltia avançada sota l'atenció dels diferents equips que formen el Grup. Es va estar d'acord no treballar aspectes o protocols de caràcter organitzatiu. Després d'explorar diferents possibilitats i essent conscients de les diferències entre algunes de les guies publicades, i recomanacions d'experts sobre la Sedació Pal·liativa, es va acordar treballar en una guia de caràcter eminentment pràctic en el nostre context socio-cultural, amb l'ànim de que pugui ser d'ajuda per altres equips i grups, per la qual cosa es va decidir fer tres versions: català, castellà i anglès.

Agrair a tots els que han col·laborat en la elaboració de la present guia amb el seu esforç, dedicació i generositat incondicionals en compartir els seus coneixements i experiència en benefici dels pacients.

Agrair especialment el suport de Grünenthal Pharma i difusió de la present guia, i per continuar estant al costat dels professionals i dels malalts.

L'Hospitalet de Llobregat, Desembre 2012

## **1.- Definició i classificació**

### **1.1.-Definició**

En les últimes dècades s'han proposat diverses definicions de Sedació Pal·liativa (veure més a baix).

El 26 de Gener de 2002, el Comitè Directiu de la “Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)”, reunit a l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, de Barcelona, va adoptar la següent definició: <sup>1</sup>

Sedació pal·liativa és l'administració deliberada de fàrmacs, en dosi i combinacions requerides, per reduir la consciència d'un pacient amb malaltia avançada o terminal, tant com sigui necessari per alleujar adequadament un o més símptomes refractaris i amb el seu consentiment explícit, implícit o delegat. (1.1)

Aquesta definició comprèn:

#### **A.- L'administració deliberada de fàrmacs...**

Això inclou els següents conceptes:

a) La discussió prèvia dins de l'equip que la sedació està indicada, així doncs en definitiva és el metge qui indica i prescriu els sedants, amb l'acord de la resta de l'equip. La indicació ha de diferenciar-se de la demanda de sedació, la qual pot procedir del propi pacient, la seva família o d'un membre de l'equip. La petició de sedació ha de ser interpretada com un indicador d'intens malestar (distrés), la qual pot seguir-se de la indicació de la sedació o no, d'acord amb la valoració global del cas.

b) El fàrmac o fàrmacs són administrats amb el propòsit de disminuir el nivell de consciència del pacient.

No tots els pacients que presenten somnolència han de considerar-se que estan sedats, de fet la gran majoria dels pacients en els moments finals de la seva vida experimenten algun grau de disminució de la consciència. La manera de diferenciar entre un pacient que es seda intencionadament i d'una somnolència no induïda farmacològicament, és la disminució del nivell d'alerta del pacient durant els dies previs sense que s'hagin modificat les dosis dels fàrmacs administrats.

---

<sup>1</sup> Sedación paliativa es la administración deliberada de fármacos, en dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea necesario para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito, implícito o delegado.



**B.- ... reduir la consciència del pacient ..., tant com sigui necessari per alleujar...**

Això comporta el principi essencial de la proporcionalitat en l'administració de fàrmacs contra el patiment del pacient.

L'avaluació directa del patiment del pacient no sempre és possible, però així com es fa en altres especialitats es pot dur a terme una avaluació indirecta mitjançant l'ús d'escales de sedació (veure secció 3).

**C.- ... d'un pacient amb malaltia avançada o terminal,...**

Això implica que l'expectativa de vida del pacient sigui curta, habitualment de poques setmanes a diverses hores.

La Sedació Pal·liativa, pròpiament dita, no està indicada en pacients amb una expectativa de vida llarga, la qual cosa no significa que els pacients amb expectatives de vida de mesos no mereixin un apropiat tractament ansiolític o hipnòtic d'acord amb la seva situació clínica.

**D.- ... per alleujar adequadament un o més símptomes refractaris...**

Això implica que el pacient pot experimentar diversos símptomes que poden ser físics o emocionals, o tots dos alhora.

Encara que el distrés psico-existencial s'ha considerat difícil de diagnosticar, la seva existència és òbvia per a molts autors, i on la Sedació Pal·liativa es considera una de les opcions terapèutiques en el final de vida (1.2).

La refractarietat està vinculada amb la possibilitat d'alleujament del símptoma en un temps raonable, des de la perspectiva del pacient. Una definició formal de símptoma refractari adoptada per la SECPAL és:

“El terme refractari pot aplicar-se a un símptoma quan aquest no pot ser adequadament controlat malgrat els intensos esforços per trobar un tractament tolerable en un termini raonable sense que comprometi la consciència del pacient.”  
(1.1)

La refractarietat es pot relacionar amb el problema clínic, pròpiament dit, el coneixement disponible, el lloc on el pacient és atès, o una combinació de les tres circumstàncies.

Tradicionalment, es fa una diferència entre “síntoma refractari” i “síntoma difícil”. Un síntoma difícil es podria definir com:

Un síntoma amb opcions realistes de ser alleujat d'acord amb els coneixements mèdics actuals i estat del pacient, que necessita per al seu alleujament un tractament intensiu multimodal. [Definició modificada de (1.1)]

### **E.- ... amb el seu consentiment explícit, implícit o delegat. ”**

El consentiment és important ja que la sedació envaeix la part més íntima d'una persona (la consciència), reduint o abolint la capacitat del pacient per interaccionar i relacionar-se amb una altra gent, i per tant, comunicar les seves preferències i desitjos.

Els membres de l'equip han d'esbrinar acuradament i meticulosament les preferències dels pacients, els valors i desitjos que governen les seves vides, especialment al final de la vida, mitjançant una planificació anticipada de cures. Incloure la família en aquest procés és molt recomanable en el nostre context social.

En les circumstàncies descrites anteriorment i en un pacient competent, obtenir el seu consentiment de forma explícita o implícita no hauria de suposar una dificultat.

En el cas d'un pacient incompetent, la decisió de l'equip només pot confiar en la família (persona més propera) i en el seu coneixement dels valors i desitjos que governen la vida del pacient, o dels desitjos prèviament expressats quan era competent.

En qualsevol cas, en un pacient incompetent, la sedació és un procediment mèdic indicat en un pacient amb patiment extrem i la sedació no ha d'ajornar-se a la recerca d'un consentiment.

### Altres definicions de Sedació Pal·liativa

1- "Sedació Terminal" es defineix com la intenció deliberada d'induir i mantenir un somni profund, sense causar deliberadament la mort en circumstàncies molt concretes: Les quals són: (i) per a l'alleujament d'un o més símptomes intractables quan altres possibles intervencions han fallat i es valora al pacient proper a la mort. (ii) per l'alleugeriment d'una angoixa profunda (possiblement espiritual) que no és millorable amb intervencions espirituals, psicològiques o d'altra mena i el malalt es valora que està proper a la mort.<sup>1</sup> (1.3)

2- L'ús de medicació sedant per alleujar un distrés intolerable i refractari, a través de la reducció de la consciència del pacient.<sup>2</sup> (1.4)

3- L'administració intencionada de fàrmacs sedants en dosis i combinacions requerides per reduir la consciència d'un pacient terminal, tant com sigui necessari per alleujar adequadament un o més símptomes refractaris.<sup>3</sup> (1.5)

4- La sedació terapèutica (o pal·liativa) en el context de la medicina pal·liativa és l'ús monitoritzat de medicacions amb la intenció d'induir un estat de reducció o abolició de la consciència (inconsciència) amb la finalitat d'alleujar un patiment, d'altra banda, intractable, d'una manera que sigui èticament acceptable per al pacient, família i professionals sanitaris.<sup>4</sup> (1.6)

*'Terminal sedation' is defined as the intention of deliberately inducing and maintaining deep sleep, but not deliberately causing death in very specific circumstances. These are: (i) for the relief of one or more intractable symptoms when all other possible interventions have failed and the patient is perceived to be close to death. (ii) for the relief of profound anguish (possibly spiritual) that is not amenable to spiritual, psychological or other interventions and the patient is perceived to be close to death.*

<sup>2</sup> *The use of sedative medications to relieve intolerable and refractory distress by the reduction in patient consciousness.*

<sup>3</sup> *The intentional administration of sedative drugs in dosages and combinations required to reduce the consciousness of a terminal patient as much as necessary to adequately relieve one or more refractory symptoms.*

<sup>4</sup> *Therapeutic (or palliative) sedation in the context of palliative medicine is the monitored use of medications intended to induce a state of decreased or absent awareness (unconsciousness) in order to relieve the burden of otherwise intractable suffering in a manner that is ethically acceptable to the patient, family and health-care providers.*

### 1.2.- Classificació.

La Sedació Pal·liativa pot ser classificada d'acord amb: (1.7)

#### A) L'objectiu:

- **Primari:** reducció de la consciència com a efecte desitjat de la medicació.
- **Secundari:** reducció de la consciència com a efecte secundari (somnolència) d'un determinat fàrmac per al control d'un determinat símptoma.

#### B) Durada:

- **Intermitent:** combina períodes d'alerta amb uns altres de reducció de la consciència.
- **Contínua:** hi ha una reducció mantinguda i constant de la reducció de la consciència.

#### C) Grau:

- **Superficial:** permet un cert grau de comunicació (verbal o no verbal).
- **Profund:** inconscient, la comunicació no és possible (coma farmacològic).

### 1.3.- Que no és Sedació Pal·liativa.

- La somnolència no intencionada (com a efecte secundari) experimentada per alguns pacients quan prenen algunes medicacions com antihistamínics, anticonvulsivants, neurolèptics, benzodiacepines o analgèsics.
- La dificultat per despertar-se degut a un dany neurològic o trastorn metabòlic o altres causes de disfunció cerebral.
- L'administració d'una dosi letal d'un fàrmac (o combinació) després de la petició reiterada del pacient, i per raons compassives (sofriment) amb l'objectiu de causar la mort ràpida i indolora del pacient. Això es denomina eutanàsia. \*\*
- L'administració d'una dosi letal d'un fàrmac (o combinació) amb l'objectiu de causar una mort ràpida i indolora d'un pacient, sense la seva petició, i per raons compassives (sofriment). Això es denomina assassinat.
- Prescriure fàrmacs i donar consell a un pacient sobre com utilitzar-los perquè pugui suïcidar-se. Quan l'anterior ho fa un metge es denomina Suïcidi Mèdicament Assistit. Quan no hi ha intervenció mèdica es denomina Suïcidi Assistit.

**\*\* Diferències entre Sedació Pal·liativa i Eutanàsia (1.1,1.8,1.9)**

	<b>Sedació Pal·liativa</b>	<b>Eutanàsia</b>
<b>Intenció</b>	Alleujament d'un símptoma refractari	<b>Causar la mort per alleujar un sofriment</b>
<b>Procediment</b>	Administració proporcionada de fàrmacs enfront el sofriment del pacient.	<b>Administració d'una dosi letal d'un fàrmac o fàrmacs.</b>
<b>Resultat</b>	<b>Alleujament del sofriment</b>	<b>Causar una mort ràpida i indolora</b>

**Referències**

- 1.1. Porta Sales J, Nuñez Olarte JM, Altisent Trota R, et al. Aspectos éticos de la sedación paliativa. *Med Pal (Madrid)*. 2002;9:41-46.
- 1.2. Schuman-Olivier Z, Brendel DH, Forstein M, Price BH. The use of palliative sedation for existential distress: a psychiatric perspective. *Harv Rev Psychiatry*. 2008;16:339-51.
- 1.3. Chater S. Sedation for intractable distress in the dying: a survey of experts. *Palliat Med* 1998;12:255-269.
- 1.4. 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;24:447-53.
- 1.5. Claessens P, Menten J, Schotsmans P, Broeckeaert B. Palliative Sedation: A Review of the Research Literature. *J Pain Symptom Manage*.2008;36:310-33.
- 1.6. Cherny N, Radbruch L, The Board of the European Association for Palliative Care. European Association for Palliative Care recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med*. 2009;23:581-93.
- 1.7. Morita T, Tsuneto S, Shima Y. Proposed definitions for Terminal sedation. *Lancet*. 2001;358:335-6.
- 1.8. Materstvedt LJ, Clark D, Ellershaw J, Førde R, Gravgaard AM, Müller-Busch HC, Porta i Sales J, Rapin CH. Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. *Palliat Med*. 2003 ;17:97-101;
- 1.9. Materstvedt, L J. Intention, procedure, outcome and personhood in palliative sedation and euthanasia. *BMJ Support Palliat Care* 2012;2:9-11

## 2.- Aspectes ètics i legals.

### 2.1.- Com pot assegurar-se que es realitza correctament la Sedació Pal·liativa? (2.1)

- Asseguri's que tot el procés de presa de decisions s'ha dut a terme minuciosament, i s'ha registrat a la història clínica.
- La informació que es registri ha de ser la següent:
  - Resum de la situació global del pacient i el pronòstic de supervivència estimat.
  - Quin símptoma refractari indica la Sedació Pal·liativa.
  - Què ha fet que el símptoma sigui refractari (intents de tractament que han fallat o no estan indicats a causa de la situació del pacient o per trobar-se en situació agònica).
  - Qui dóna el consentiment (si el pacient no pot donar el consentiment explicar la raó).
  - Fàrmacs administrats, ajust de dosi i avaluació de la sedació.

#### Ex. Núm. 1

Pacient diagnosticat de càncer de pulmó no cèl·lula petita amb metàstasis hepàtiques i òssies, fora d'opcions de tractament antitumoral. Ingressat fa 5 dies per increment de la dispnea, actualment en repòs, tornant-se refractària, després d'obtenir escàs benefici clínic havent estat tractat amb corticoides, oxigen i morfina; actualment es queixa de major molèstia toràcica i sofriment. Pap Score C, PPS 10, Albúmina 21, limfòcits totals 600 per mm<sup>3</sup>.  
S'ha explicat al pacient i la seva família, la situació actual i estan d'acord i consenteixen, en l'increment de la medicació amb l'objectiu de millorar el confort acceptant una possible disminució del nivell de consciència.

#### Ex. Núm. 2

- **Malaltia:** Pacient diagnosticada de càncer de mama fa 7 anys, actualment metàstasis òssies, hepàtiques i cerebrals.
- **Lloc:** Atenció domiciliària en els últims mesos.
- **Situació clínica:** Deteriorament progressiu del PPS, enllitada 100% durant l'última setmana. Ahir a la tarda va iniciar un episodi de delirium hiperactiu.
- **Síntoma refractari:** Delirium hiperactiu.
- **Pronòstic:** Expectativa de vida curta (dies)
- **Intents terapèutics:** Delirium atribuïble a dany cerebral i tractament amb opioïdes i amb opcions terapèutiques etiològiques poc realistes.
- **Consentiment:** Pacient no capaç de consentir. El seu espòs i fill estan d'acord amb la indicació de sedació pal·liativa i desitgen quedar-se a casa.

### **2.2.- El concepte del doble efecte relatiu a la Sedació Pal·liativa.**

- La doctrina sosté (2.2, 2.3, 2.4, 2.5) que, en el marc de les accions que tenen efectes bons i dolents, una acció que té un efecte negatiu és moralment admissible si:
  - (a) La mateixa acció en si és bona o almenys neutra.
  - (b) La intenció del seu autor és exclusivament produir l'efecte bo, l'efecte negatiu es podia preveure, però sense la intenció de produir-ho.
  - (c) L'efecte bo no s'aconsegueix a través de l'acció dolenta, i
  - (d) és raó suficient (proporcionalitat) per permetre l'efecte negatiu.
- El principi del doble efecte, en general, ha estat invocat en el cas de la Sedació Pal·liativa sent l'alleujament del sofriment el bon efecte i el mal efecte l'accelerar la mort, i s'ha argumentat de la següent manera:
  - (a) L'administració de sedants és bona o almenys neutra.
  - (b) La intenció és reduir el sofriment, a pesar que es podia preveure avançar la mort. (La intenció es pot fer evident en les notes en la història clínica).
  - (c) L'alleujament del sofriment no s'aconsegueix a través de la producció de la mort del pacient.
  - (d) Alleujar el sofriment d'un pacient moribund és raó suficient per permetre que s'escurci la vida.
- Alguns autors (2.6, 2.7) sostenen que el principi del doble efecte no és aplicable completament en el cas de la Sedació Pal·liativa, ja que no existeix conflicte entre l'alleujament del sofriment i la mort, sinó entre l'alleujament del sofriment i la pèrdua de la consciència. Ells afirmen que el fet que la Sedació Pal·liativa causi la mort en un pacient que s'està morint és una tautologia (redundància).
- L'ús de la Sedació Pal·liativa recau en els mateixos principis utilitzats per al control simptomàtic, en termes de no-maleficència (permetre el sofriment, sedació no indicada) i autonomia (consentiment) (2.7).

### **2.3.- Dir la veritat (2.8)**

- La veritat és un valor en si mateixa, i als pacients se'ls ha de dir tanta veritat com ells desitgin conèixer.
- El dret del pacient a conèixer la veritat està basat en els següents aspectes:
  - 1) La nostra vida social se sosté i depèn d'una comunicació honesta.
  - 2) La relació pacient-metge (professional sanitari) se sustenta en la confiança.
  - 3) Una informació veritable permet als pacients prendre decisions terapèutiques apropiades sobre la base dels seus valors i desitjos.
- Els professionals sanitaris són èticament responsables de l'ús apropiat de les habilitats de comunicació per transmetre la veritat al pacient i la seva família.

- Les habilitats pràctiques inclouen l'habilitat per proporcionar la informació que el pacient pugui comprendre, assimilar, creure i interpretar en el context de la seva vida i en la situació actual.
- La veritat apropiada per al pacient ha de ser entesa dins d'un ventall que li permeti als pacients comprendre, assimilar, creure i interpretar la informació donada. La informació que es dona sempre ha de ser certa, però pot estar dins d'un ampli rang, des de proporcionar un alt nivell de sospita a donar una informació molt detallada, la qual cosa és triat pel pacient després d'una experimentada aproximació professional.
- En el cas de la Sedació Pal·liativa, el pacient competent ha de ser capaç d'entendre i verificar verbalment informació sobre el benefici de la sedació (alleujament d'un sofriment insuportable) i les seves conseqüències <sup>2</sup> (reducció del nivell de consciència, comunicació i ingesta).
- Molts dels pacients als quals s'indica la Sedació Pal·liativa es troben caquètics, letàrgics, cansats i emocionalment esgotats, en aquesta situació és èticament defensable proporcionar una mica menys d'informació que la crua veritat, basant-nos en el càlcul risc/benefici. Però és injustificable dir mentides.

### 2.4.- Competència

- La competència és un concepte derivat de l'autonomia i dirigit a un problema específic de la presa de decisions del pacient.
- La competència requereix l'habilitat de prendre una decisió racional (això significa que la decisió ha de fer-se sobre la base del raonament, encara que aquest sigui imperfecte).
- Els criteris que s'usen per jutjar com a competent un pacient són: (2.8) (2.9):
  - (a) Estar informat dels fets i probabilitats.
  - (b) Ser capaç d'entendre i creure els fets i probabilitats.
  - (c) Capaç de fer una elecció voluntària (absència de coerció).
  - (d) Capacitat de fer una elecció raonada.
  - (e) Capacitat de comunicar aquesta decisió.

---

<sup>2</sup> No tots els pacients veuen la disminució del nivell de consciència com a nociu, de fet molts d'ells ho consideren un alleujament.



## **Guia Pràctica de Sedació Pal·liativa**

- En el cas de la Sedació Pal·liativa això és com segueix:

(a) L'evolució de la malaltia i del símptoma refractari es revisa amb el pacient (amb la família en cas de pacients no competents). S'explica la situació actual del símptoma i els tractaments ineficaços i que la Sedació Pal·liativa és l'abordatge recomanat/indicat en aquests moments (estar informat dels fets i probabilitats).

(b) Validar amb el pacient (família en cas de pacients no competents) la comprensió de la informació prèviament subministrada.

(c) Validar amb el pacient (família en cas de pacients no competents) que aquesta sigui l'opció que el pacient realment vol.

(d) Validar amb el pacient (família en cas de pacients no competents) que les opcions s'han entès bé.

(e) Demanar al pacient (família en cas de pacients no competents), que verbalitzi amb les seves pròpies paraules la seva decisió.

Per a una aproximació pràctica, si us plau, vegi la secció 3.3.- Com obtenir el consentiment.

### **2.5.- Nutrició i hidratació**

- S'entén habitualment i s'accepta que la pèrdua progressiva i l'eventual cessament de la ingesta forma part normal del procés de morir.

- En qualsevol cas quan s'indica la Sedació Pal·liativa, si s'ha de plantejar al pacient i/o família d'acord amb la situació clínica.

- En el pacient sedat mentre la via oral es trobi disponible, la nutrició i hidratació ha de ser oferta o proporcionada a petició del pacient.

- En els pacients amb hidratació parenteral, abans d'iniciar la Sedació Pal·liativa, es recomana revisar aquest aspecte de forma anticipada amb el pacient i quan sigui adequat amb la família.

- La hidratació parenteral pot ser considerada pel pacient (família) un aspecte important (2.10), en aquest cas pot ser recomanable mantenir una mínima aportació (Ex. 500cc/dia), però es recomana sempre individualitzar.

### **2.6.- Aspectes deontològics i legals.**

- Actualment, ni a Catalunya ni a Espanya existeix una legislació específica referent a la Sedació Pal·liativa, o de l'Atenció al final de Vida.

- En l'article 20.1 de l'Estatut d'Autonomia de Catalunya, s'estipula el dret de cada ciutadà de Catalunya a rebre un apropiat tractament del dolor i cures pal·liatives, així com viure amb dignitat el seu procés de mort.

### **Article 20. Dret a viure amb dignitat el procés de mort**

*1. Totes les persones tenen dret a rebre un tractament adequat del dolor i cures pal·liatives integrals i viure amb dignitat el procés de la seva mort.*

- El Codi Deontològic de l'Associació de Col·legis de Metges de Catalunya (2.11), quan tracta sobre el procés de morir estableix que el metge té l'obligació d'ajudar al pacient ha viure amb dignitat fins a la seva mort d'acord amb els seus valors. El metge ha de tractar al pacient moribund evitant-li el malestar físic i mental.

### **De la mort VII**

*68. - Tota persona té dret a viure amb dignitat fins al moment de la mort i el metge ha de vetllar perquè aquest dret sigui respectat. El metge ha de tenir en compte que el malalt té el dret de rebutjar el tractament per perllongar la vida. És deure mèdic fonamental d'ajudar al pacient a assumir la mort d'acord amb les seves creences i allò que hagi donat sentit a la seva vida. Quan l'estat del malalt no li permeti prendre decisions, el metge acceptarà la de les persones vinculades responsables del pacient, però els assenyalarà el deure de respectar el que es creu que hauria estat el parer del malalt.*

*69. - El metge haurà de respectar i atendre les recomanacions del pacient reflectides en el document de voluntats anticipades quan existeixin.*

*70. - L'objectiu de l'atenció a les persones en situació de malaltia terminal no és escurçar ni allargar la seva vida, si no el de promoure la seva màxima qualitat possible. El tractament de la situació d'agonia ha de pretendre evitar el sofriment i l'angoixa. En els casos de mort cerebral, el metge haurà de suprimir els mitjans que mantenen una aparença de vida si no és que són necessaris per a un trasplantament previst.*

## **Referencies**

- 2.1. Porta Sales J, Nuñez Olarte JM, Altisent Trota R, et al. Aspectos éticos de la sedación paliativa. *Med Pal (Madrid)*. 2002;9:41-46.
- 2.2.- Gillon R. The principle of double effect and medical ethics. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1986;292:193-4.
- 2.3.- Sulmasy DP, Pellegrino ED. The rule of double effect: clearing up the double talk. *Arch Intern Med* 1999;159:545-50.
- 2.4.- . Quill TE, Dresser R, Brock DW. The rule of double effect a critique of its role in end-of-life decision making. *N Engl J Med* 1997;337:1768-71.
- 2.5.- Sanz Ortiz, J. La sedación en el final de la vida. *Med Clin (Barc)* 2004;123:423-5.
- 2.6.- Porta J. Reflexiones éticas en torno a la sedación terminal. Respuesta. *Med Pal (Madrid)* 2002; 9:158-159.
- 2.7.- Cruceiro, A. La sedación de los enfermos en contexto de los cuidados paliativos. En: *Ética y sedación al final de la vida. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas - N.º 9 - (2003)*. Available: [www.asisa.es/](http://www.asisa.es/)
- 2.8.- Randal F & Downie R.S., eds. *Palliative Care Ethics: A companion for all Specialties*, 2on Ed. Oxford University Press, 1999.
- 2.9.- Appelbaum PS. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *N Engl J Med* 2007;357: 1834-40.
- 2.10.- Mercadante S, Ferrera P, Girelli D, Casuccio A. Patients' and relatives' perceptions about intravenous and subcutaneous hydration. *J Pain Symptom Manage*. 2005;30:354-8.
- 2.11.- Codi Deontologic Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. 1 d'abril de 2005. Available in: [www.comb.cat/cat/collegi/docs/codi\\_deontologic.pdf](http://www.comb.cat/cat/collegi/docs/codi_deontologic.pdf)

### **3.- Procediment**

#### **3.1.- Quan un símptoma ha de considerar-se refractari?**

- Es considerarà refractari qualsevol símptoma físic o emocional després d'haver valorat l'estat general del pacient i el pronòstic de supervivència.
- No es consideren adequats nous intents de tractament a causa de la seva baixa eficàcia o excessiva càrrega per al pacient (efectes secundaris, tècniques invasives, malestar emocional afegit, entre d'altres).
- No hi ha més opcions terapèutiques disponibles, sobre la base dels coneixements mèdics actuals.
- No hi ha més opcions terapèutiques disponibles en el lloc d'atenció del pacient, i el trasllat és viscut com un risc o una càrrega, o no desitjat pel pacient ( o la família en cas de pacient incompetent).
- L'expectativa de supervivència és tan curta que els possibles tractaments són considerats fútils.
- El pacient no desitja sotmetre's a altres tractaments.
- En un pacient incompetent, la família no veu adequat sotmetre al pacient a altres tractaments.

#### **Ex. Núm.3**

Pacient de 67 anys d'edat diagnosticat de neoplàsia de còlon amb metàstasis hepàtiques i carcinomatosis peritoneal, actualment presenta dolor abdominal intens que no ha millorat amb increments analgèsics en els últims 2 dies, icterícia franca, edemes en zona declivis i rectorràgies. Enllitat 100% durant l'última setmana, ingesta de líquids ocasional.

Davant el declivi físic i cognitiu, la no resposta al tractament i les escasses opcions de millorar el pacient, es consideren els símptomes ( dolor, quadre confusional, rectorragia) com a refractaris.

Es comenta amb la família, els possibles desitjos expressats pel pacient i la ubicació per a la sedació pal·liativa.

### 3.2 - Fins quan aquest pacient podria viure?

- Els dos factors pronòstics independents més importants són la disminució progressiva de la funció i la malnutrició (3.1).

- Els metges i les infermeres, sistemàticament tendeixen a sobreestimar la supervivència dels pacients (3.2), la qual cosa ha millorat quan es consideren altres factors amb valor pronòstic:

- **Pap Score** (3.3)

És un índex pronòstic que proporciona la probabilitat de supervivència a 30 dies, agrupant els pacients en tres grups d'acord a la puntuació obtinguda (annex 1), i que inclou la presència de l'anorèxia, dispnea, l'estimació de l'estat funcional (KPS) i la impressió clínica de supervivència (en setmanes) en el moment de la valoració del pacient, juntament amb el recompte total de glòbuls blancs, i el percentatge de limfòcits de l'anàlítica més recent.

- **Palliative Performance Scale (PPS).**

És una modificació de l'índex de KPS dissenyat específicament per al mesurament de l'estat funcional en Cures Pal·liatives (annex 1). En els pacients amb  $PPS \leq 50$ , només un 10% s'espera que sobrevisquin més de 6 mesos. (3.4)

- **Palliative Prognostic Index (PPI)** (annex 1)

Es basa en l'avaluació de l'estat funcional utilitzant el PPS, la ingesta, i la presència en el moment de l'avaluació de dispnea, edemes i delirium. (3.5)

L'addició de paràmetres de pronòstic adversos augmenta la probabilitat de morir en un curt període de temps.

#### Ex. Núm. 4

Pacient de 47a. diagnosticat CPNCP amb metàstasis òssies, i hepàtiques. PPS 20, analítica de fa una setmana: leucòcits totals  $15.000 \text{ leu/mm}^3$  i limfòcits 3%, manté petita ingesta i és portador d'oxigen de forma permanent. Test de Pfeiffer 4 errors.

La família pregunta sobre la possibilitat de romandre en domicili, però no desitgen que el pacient mori a casa.

Donat les dades pronòstics s'informa a la família de l'alta probabilitat que el pacient no sobrevisqui més de 4 setmanes, possiblement menys per la presència de desnutrició i dispnea.

### 3.3.-Com obtenir el consentiment ?

#### 3.3.1- Com obtenir el consentiment dels pacients competents?

- Plantejar la sedació pal·liativa al pacient (i la seva família) que ja estan vivint una situació estresant és sempre incòmode i difícil.
- Tingui sempre en compte que cada pacient i la seva família són diferents, per tant individualitzi la seva intervenció.

#### **Abans de començar:**

- Revisar l'historial mèdic del pacient, la progressió de la malaltia i els tractaments administrats fins a aquest moment.
- Abans d'iniciar qualsevol conversa sobre una sedació, comenti al pacient el seu desig de parlar sobre un tema important i preguntar-li si li agradaria que altres persones estiguessin presents (en general la família).

#### **Ex. Núm 5**

(A)...

- (Metge) Sr. M. en els últims quatre dies tinc la impressió que el seu ofec, no ha millorat tant com esperàvem.

Si no li importa crec que hauríem de parlar de quin podria ser el següent pas. Li sembla bé?

- (Pacient) Sí

- (Metge) Desitjaria que estigués algú de la seva família present durant la conversa?

- (Pacient) Sí

- (Metge) Qui vol que estigui present en la conversa?

(B)...

- (Metge) Sr. M. en els últims quatre dies tinc la impressió que el seu ofec, no ha millorat tant com esperàvem.

Si no li importa crec que hauríem de parlar de quin podria ser el següent pas. Li sembla bé?

- (Pacient) No

- (Metge) Vostè prefereix que parli amb la seva família sobre el següent ...

- (Pacient) Sí / No ...

**La conversa:**

- La sedació i el seu consentiment han de tenir una lògica en l'evolució i el fracàs terapèutic d'un símptoma particular. Això ha de fer-se de manera que la sedació s'entengui com el següent pas lògic després del fracàs dels tractaments previs.
- Les conseqüències previstes de la sedació han de ser explicades d'una forma amable, tant les desitjables (millora del sofriment), com les no desitjades (disminució de menjar, beure i comunicació).

**Ex. Núm 6.**

...

- (Metge) Sr. M. Recorda com estava el seu ofec fa quatre dies?

- (Pacient) Sí doctor, era terrible, i encara ho és!

- (Metge) Com vostè probablement recorda, varem augmentar la dosi de morfina, i l'oxigen. Creu que l'ha ajudat?

- (Pacient) Bé, al principi va semblar funcionar, però ha empitjorat de nou. Em sento desesperat.

- (Metge) En circumstàncies com la seva, està indicat donar medicaments perquè el pacient es trobi més confortable, fent que sigui menys conscient de la dificultat per respirar. Ho fem donant alguns tranquilitzants. Creu vostè que això li ajudaria en aquests moments?

- (Pacient) Sí, doctor, jo... em sento tan malament, que la seva proposta em sembla bé.

- (Metge) Sr. M. si està d'acord amb aquest nou enfocament, vostè ha de ser conscient que d'una banda millorarà la sensació de falta d'aire, i per un altre, tal vegada tingui major dificultat per menjar, beure i parlar tal com ho estan fent ara. Està d'acord?

- (Pacient) Sí (o no)

...

Quan el pacient dubta davant la presa de la decisió, podria ser útil oferir-li una prova terapèutica perquè valori la seva eficàcia (sedació transitòria).

...

- (Pacient) Realment no ho sé. Temo que fracassi com va ocórrer amb la morfina.

- (Metge) Bé, si vostè no està segur dels beneficis, o té por de com es trobarà, li proposo una prova, i discutir el tractament posteriorment.

...

- Fer explícit el consentiment (verbalitzar). Això és important per evitar qualsevol malentès, ja que aquest tipus de converses es realitzen en una atmosfera emocionalment tens.
- Parlar explícitament de la mort imminent a un pacient que experimenta una angoixa intensa que fa que s'indiqui la sedació, és clínicament inútil, innecessari i injustificable.

### Ex. Núm 7

...

- (Metge) Només per estar segur que vaig entendre bé el que vostè va dir. Accepta el fet que pugui sentir-se més adormit amb la finalitat de millorar la seva dispnea.

- (Pacient) Sí doctor, vostè ho ha entès bé.

...

### 3.3.2 - Com obtenir el consentiment d'un pacient no competent?

- Quan el pacient no és competent, l'equip ha de dirigir les seves consultes als familiars o representants legals.
- Revisar amb la família, amb amabilitat i claredat, com s'ha arribat a la situació actual, la causa del malestar, els tractaments fallits i la indicació de sedació.
- En tots els casos és molt important fer comprensible a la família com afecten els símptomes al pacient. (Per exemple, la diferència entre taquipnea i dispnea. En el delirium és recomanable una explicació més acurada i detallada ja que el canvi de conducta del pacient es pot interpretar fàcilment com a dolor o sofriment).
- Deixar clar que la sedació és l'enfocament indicat en la situació clínica del pacient, i demanar la seva acceptació.
- Preguntar explícitament a la família l'existència de dubtes que pugui tenir sobre l'alimentació i hidratació del pacient, la comunicació i la supervivència prevista.
- Explicar a la família que pot continuar cuidant al pacient, sobretot oferint algun tipus d'atenció (per exemple, cures de la boca, pell, etc), i notificar a l'equip qualsevol signe d'incomoditat del pacient (per exemple, espasmes, ganyotes, etc.)
- Oferir sempre informació actualitzada de la situació del pacient, disponibilitat, privacitat i suport.



### 3.3.3 - Què fer quan ningú pot donar el consentiment?

- Igual que qualsevol altra situació, però encara més detallat, el procés de presa de decisions i procediment ha d'estar registrat clarament a la història clínica.
- No demori la sedació (3.6)

### 3.4.-Com iniciar la sedació?

#### 3.4.1.- Què fer amb els fàrmacs que estava prenent prèviament el pacient?

- Atenent al fet que l'objectiu principal és el de confort, els passos que seguirem seran els següents:
  - Informació a la família
  - Retirada de fàrmacs que en aquest moment no tenen utilitat immediata: laxants, heparines, hipoglucemians, antibiòtics, corticoides, etc.
- **Recordar que NO han de retirar-se fàrmacs analgèsics de 3er graó. En el cas d'ús de pegats transdèrmics, mantindrem els que porti el pacient.**

#### 3.4.2.- Protocol d'actuació farmacològica

##### a)- Sobre la via, dosi d'inici i ajustos

- L'elecció de la via dependrà:
  - de la situació clínica. (Ex. la via subcutània intentarem evitar-la en pacients amb anasarca i en aquells amb discràsies sanguínies preferirem utilitzar la via EV).
  - del fàrmac a administrar. (Ex. el Propofol només pot administrar-se per via EV).
  - la rapidesa necessària per al tractament del símptoma. (Davant una hemorràgia massiva hem de garantir una via que procuri major rapidesa d'acció).
  - el temps previst de durada de la sedació. (Ex. davant una barreja de diversos fàrmacs hem de valorar la possibilitat d'intolerància local: flebitis, dermatitis)
  - la ubicació del pacient.(Domicili/Hospital) .

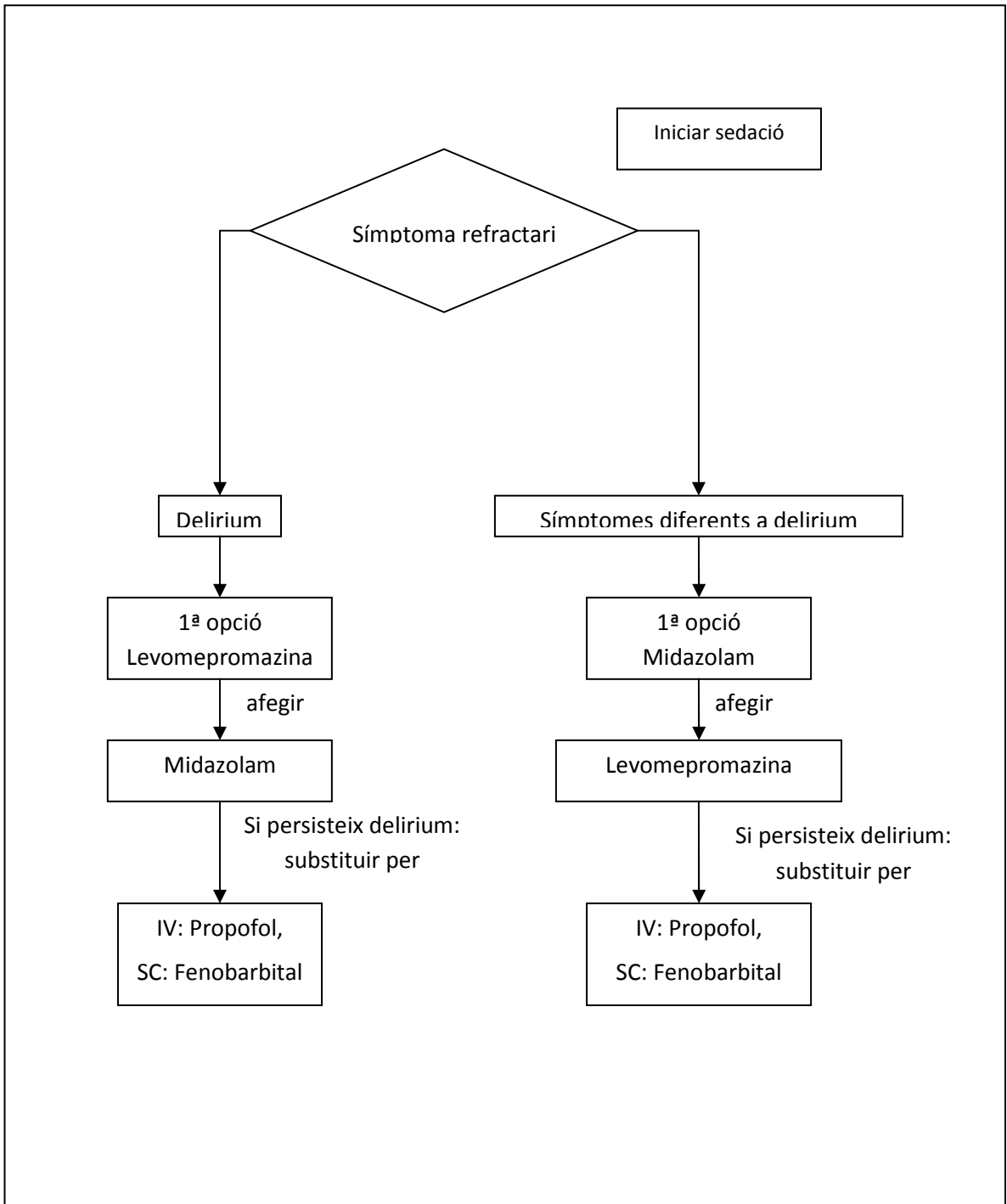
## Guia Pràctica de Sedació Pal·liativa

- La via endovenosa aporta major rapidesa d'inici en l'acció, i en ocasions un bolus inicial, d'inducció, ens permet aconseguir un nivell de sedació necessari per controlar un símptoma refractari. Posteriorment es pot seguir, sobretot al domicili, amb la via subcutània.
- Les dosis de fàrmacs a utilitzar, hauran de ser individualitzades en cada cas, tenint en compte una sèrie de factors:
  - Exposició prèvia a opioïdes
  - Desenvolupament de tolerància a medicació utilitzada
  - Edat del pacient
  - Antecedents d'abús de drogues o alcohol
  - Estadi de la malaltia
  - Estat de la funció renal i hepàtica
  - Nivell de sedació que es vol obtenir

### Conceptes a tenir en compte:

- **Dosi de rescat:** Dosi "extra" que s'empra en casos de crisi o reagudització del símptoma. Es recomana que sigui igual a la dosi d'inducció, usant el mateix fàrmac (1/6 de dosi total diària).
- **Ajust:** Es realitza com a mínim cada 24h, sumant els rescats que s'han necessitat durant el dia, a la dosi pautaada.
  - \* En el **pacient hospitalitzat** es recomana ajustar dosi durant les primeres 4 hores després de l'inici de la sedació i posteriorment cada 8 hores, almenys durant el primer dia.
  - \* En el **pacient al domicili** l'ajust possiblement només es pugui realitzar cada 24 hores.
- Es recomana el **midazolam** com a fàrmac de 1<sup>a</sup> elecció excepte en el delirium.
- Si el símptoma refractari és el delirium, o si falla el midazolam, s'ha d'emprar **levomepromazina**, o tots dos si fos necessari.
- Si amb això no s'aconsegueix el nivell necessari de sedació, hem de passar a utilitzar **fenobarbital o propofol**.
- Si falla el fàrmac d'elecció, comprovar sempre possibles causes de **fracàs de sedació** (Ex. obstrucció de víscera buida: globus vesical, fecaloma, etc.)

Algoritme pel tractament farmacològic de la sedació pal.liativa.



**b)- FÀRMACS:**

**b.1)- Levomepromazina (ampolles de 25mg/1 ml)**

**Indicació:**

Deliri refractari a haloperidol ( o altres neurolèptics) on es requereix sedació pal·liativa. El seu potent efecte anticolinèrgic pot ser útil per disminuir les secrecions intestinals en el pacient que presenta oclusió intestinal.

**Precaució:** Risc d'aparició de retenció aguda d'orina (RAO) en pacient amb Sd. Prostàtic.

**Contraindicacions:**

Insuficiència hepàtica greu (Ex. pacient que presenta icterícia)

**Procediment:**

**Inici:**

(Dosis sempre orientatives depenent de l'estat de "fragilitat" del pacient)

- Pacients > 80 anys, caquètics i no gaire agitats, iniciar amb bolus de 12,5mg SC o EV cada 8 hores.
- Pacients < 80 anys i en molt agitats, iniciar tractament amb bolus 25mg SC o EV cada 8 hores.
- En bomba d'infusió contínua (BIC) iniciar amb Levomepromazina 50-100mg SC o EV /24h. El sèrum en què diluïrem els fàrmacs serà Fisiològic o Glucosali doncs provoquen menys problemes d'instabilitat de la mescla.
- Si el pacient estava tractat amb Midazolam per altres raons (convulsions, ansietat), i presenta delirium, es recomana reduir la dosi d'aquest en un 50% en iniciar el tractament amb Levomepromazina.

**Ajust de dosi:**

- Dosi de rescat equivalent a la dosi inicial (12,5mg a 25mg)
- Deixar una dosi de rescat cada 30'
- Si després de 3 dosis de rescat consecutives el pacient no s'estabilitza, augmentarem la dosi en un 50% en la següent dosi pautaada, i així successivament cada 3 dosis fins a aconseguir remetre el quadre d'agitació, o arribar a una dosi màxima de 300mg/ dia.
- Sinó hi hagués resposta, llavors ha d'introduir-se el midazolam.

## **b.2)- Midazolam (ampolles de 15mg/3ml, 5mg/5ml)**

### **Indicació:**

- Dispnea refractària
- Hemorràgia massiva
- Deliri refractari (segona opció després de Levomepromazina)

### **Contraindicacions:**

Al·lèrgia/Hipersensibilitat al midazolam

**Antídot:** Flumazenilo

### **Procediment:**

#### **Inici:**

- Via SC
  - inducció (bolus) 10 mg
  - rescat (bolus) 10 mg
  - dosi inicial en Infusió Continua Subcutània (ICSC) 60 mg / 24h
- Via EV
  - inducció (bolus) 5 mg
  - rescat (bolus) 5 mg
  - dosi inicial en Infusió Continua Endovenosa (ICEV) 60 mg / 24h

• En hemorràgies massives on es precisa una sedació ràpida i profunda, doblar la dosi recomanada.

• En pacients majors de 80 anys, caquètics (< 40 kg) i sense presa prèvia de benzodiacepines s'aconsella reduir les dosis un 50%.

### **Ajust de dosi:**

Es proposen dues estratègies i triar la més adequada segons la situació:

• **Ajust ràpid:** a l'inici de la sedació si el pacient requereix més de 3 dosis de rescat en 4 hores, incrementar la infusió per a les següents 4 hores d'acord amb els rescats necessitats. Posteriorment incrementarem entre un 33- 50% la dosi de rescat segons eficàcia prèvia.

Aquest tipus d'ajust es realitza habitualment durant les primeres 8 hores després de l'inici de la sedació per a continuació procedir com en l'ajust estàndard.

**Ex. Núm 8.**

Ex: Pacient amb midazolam 60 mg ICEV/24h, que durant les primeres 4 hores ha precisat 7 rescats de 5 mg, amb un efecte variable de les dosis de rescat d'entre 15-30 minuts.

Sumant tots els rescats (5mg x 7 rescats), la nova dosi d'infusió serà de 95mg que arrodonim per comoditat a 105 mg (7 ampolles) i a causa de l'escàs efecte de les dosis prèvies la propera dosi de rescat seria 7,5 mg.

Habitualment, l'ajust es realitza amb la modificació de la velocitat de la bomba d'infusió quan només hi ha midazolam en la infusió. En el cas anterior seria. Midazolam 60 mg + 500 cc SF ( 21cc/h) fent una regla de 3 (105 mg = 36 cc/h)

Quan hi ha una mescla de diversos fàrmacs una solució possible és calcular les infusions EV per 4 hores, fins a estabilitzar el pacient.

Ex.:

Midazolam 60 mg + Morfina 120 mg/ICEV/24 h.

Per 4 hores: SF 100 + Midazolam 10 mg + Morfina 20mg /EV (25cc/h)

Per al cas anterior, les següents 4 hores serien (arrodonint):

SF 100 + Midazolam 15 mg + Morfina 20 mg/EV (25cc/h) i dosi de rescat midazolam 7,5 mg.

• **Ajust estàndard:** Sumem la dosi de rescat utilitzada durant les 24 hores prèvies afegint-les a la dosi anteriorment prescrita. La nova dosi serà la dosi basal més el total de les dosis de rescat administrades.

La noves dosis de rescat serà 1/6 de la nova dosi total diària.

**Ex. Núm 9.**

Ex: Pacient en domicili amb via subcutània, però sense BIC, amb medicació administrada amb bolus. Porta midazolam 5 mg cada 4h. (5mg x 6=30 mg). En les darreres 24 hores la família ens informa que ha necessitat 4 dosi de rescat (5mg x 4= 20 mg) amb un bon nivell de sedació. Ajustarem la dosi total de midazolam per a les properes 24 h. (30+20=50 mg), ho arrodonim a 60 mg per comoditat en l'administració: 10 mg cada 4h. i deixat, a partir d'ara, una dosi de rescat de 10 mg.

**Dosi Màxima diària:** 240 mg /dia (equival a 10mg/h)

• En cas de no aconseguir el nivell de sedació adequat amb 240 mg/dia afegir levomepromazina d'acord amb el comentat per la levomepromazina.

### **b.3)- Fenobarbital (ampolles 200 mg/1ml)**

**Indicació:**

Sedació en símptomes refractaris a midazolam/levomepromazina.

Considerar especialment el seu ús en pacients amb antecedents d'epilèpsia i amb dificultat d'accés a la via EV.

**Contraindicacions:**

Al·lèrgia/Hipersensibilitat

**Procediment:**

- Prèviament retirar benzodiacepines i neurolèptics, i reduir a la meitat la dosi d'opioides.

- No barrejar amb altres fàrmacs.

**Inici:**

- inducció (bolus): 200 mg/IM
- dosi rescat (bolus): 100 mg/IM
- dosi inicial en ICSC: 800 mg / 24h

**Ajust de dosi:**

Segons evolució i consum de rescats incrementar dosis ICSC fins a 1200 mg.

**Observacions:**

Els barbitúrics produeixen ràpidament inestabilitat cardio-respiratòria amb aparició ràpida de broncoplejia i raneres tipus II, per la qual cosa s'aconsella especial atenció i inici concomitant d'escopolamina / hioscina.

### **b.4)- Propofol (ampolles i flascons de 10mg/ml)**

**Indicació:**

- Sedació en símptomes refractaris a midazolam/levomepromazina.
- Sedació intermitent amb necessitat de recuperació ràpida.
- Considerar especialment el seu ús en pacients amb contraindicació o dificultat per a l'ús de la via SC.
- Al·lèrgia a les benzodiacepines i barbitúrics.

**Contraindicacions:**

Al·lèrgia/Hipersensibilitat al fàrmac o excipient (soja)

**Procediment:**

- Prèviament retirar benzodiacepines i neurolèptics, i reduir a la meitat la dosi

d'opioides.

- No barrejar amb altres fàrmacs.
- Ús exclusiu EV
- Si es desitja diluir, només glucosat al 5%.

### **Inici:**

- inducció (bolus): 1- 1,5 mg/kg en 1 a 3'/EV
- infusió contínua: 3 mg/Kg/hora
- dosi rescat 50% dosi inducció, posteriorment a la dosi de rescat incrementar velocitat d'infusió un 33%.

### **Ajust de dosi:**

Segons evolució i consum de rescats.

### **Observacions:**

Risc de convulsions en pacients amb antecedents d'epilèpsia, primària o secundària. És molt liposoluble pel que és d'esperar l'aparició de ràpida tolerància i necessitat d'ajust de dosi. Potent antiemètic.

### **3.5.- Quins instruments s'utilitzen per mesurar el nivell de sedació?**

- Per monitoritzar el nivell de confort del pacient s'evalua, de forma indirecta, el nivell de sedació d'acord amb escales de sedació.
- Recomanem, sobre la base de nostra practica diària l'Escala de Ramsay modificada (Ramsay-ICO).

#### **Escala Ramsay-ICO**

- 1-Agitat, angoixat
- 2-Tranquil, orientat i col·laborador
- 3-a Resposta agitada a estímuls verbals
- 3-b Resposta tranquil·la a estímuls verbals
- 4-a Resposta ràpida i agitada a estímuls dolorosos
- 4-b Resposta ràpida i tranquil·la a estímuls dolorosos
- 5-Resposta mandrosa a estímuls dolorosos
- 6-No hi ha resposta



Per valorar la resposta al dolor no recomanem accions agressives, que no realitzarem en aquesta situació com:

- pressió sobre estèrnum
- pressió sobre mastoide
- punxades

Es recomana per valorar la resposta dolorosa la pressió ferma en l'espai interdigital entre el polze i l'índex.

### **Bibliografía:**

3.1.- Viganò A, Bruera E, Suarez-Almazor ME. Terminal cancer syndrome: myth or reality? *J Palliat Care*. 1999 ;15:32-9.

3.2.- Glare P, Virik K, Jones M, Hudson M, Eychmuller S, Simes J, Christakis N .A systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill cancer patients *BMJ* 2003;327:195-8.

3.3.-Maltoni M, et al. Successful Validation of the Palliative Prognostic Score in Terminally Ill Cancer Patients. *J Pain and Symptom Manage* 1999;17:240-247.

3.4.- Anderson F, Downing GM, Hill J, Casorso L, Lerch N. Palliative Performance scale (PPS): a new tool. *J Palliat Care*. 1996;12:5-11.

3.5.- Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. The Palliative Prognostic Index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer*. 1999;7:128-33.

3.6.- Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Effects of high dose opioids and sedatives on survival in terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 2001 ;21:282-9.

## **4.- Tractament dels símptomes acompanyants durant la sedació**

- Durant la sedació poden aparèixer símptomes com a raneres o miclonies, els quals poden afegir major estrès a la família i sensació de malestar en el pacient. Una intervenció precoç i proactiva ajuda a evitar records desagradables i prevenir possibles dols complicats.

- Els principals símptomes que poden aparèixer són :

### **4.1.- Ranera pre-mortem**

- Excés de secrecions en el tracte respiratori al final de la vida, en general en el pacient inconscient en els últims dies de vida.

- El millor tractament és la detecció precoç, mitjançant palpació o auscultació del tòrax, i tractament, així, mateix precoç, abans que les raneres siguin audibles a la capçalera del llit del pacient.

- **Mesures no farmacològiques**

- Evitar que el pacient tingui el coll en extensió (evita respiració sorollosa)
- Promoure que el pacient estigui en decúbit lateral amb el coll lleugerament flexionat.
- Mantenir els canvis posturals
- Explicar als acompanyants l'origen de les secrecions i la nul·la repercussió/disconfort sobre el pacient.

- **Mesures farmacològiques**

- **Clorhidrat d'escopolamina**

Dosi: de 0,5 mg a un màxim de 4 mg al dia.

Posologia: 0.5-1 mg cada 4-6h. SC/EV o 3 mg en 24 h SC/EV

- Es recomana abans d'iniciar la infusió administrar un bolus d'inducció de 0,5-1 mg SC/EV,

- Adverteixi a la família que pot aparèixer rubicundez facial transitòria després de l'administració del bolus d'escopolamina, i l'aparició de midriasis.

- Els efectes sedants, ben coneguts, del clorhidrat d'escopolamina són en aquests moments un bon coadjuvant en el procés de sedació.

- **N-butil bromur de hioscina**

Dosi: de 20 mg a un màxim de 120 mg al dia.

Posologia: 20 mg cada 4-6h. SC/EV o 60-120 mg en 24 h ICSC/ICEV

#### 4.2.- Febre

- **Tractar la febre en cas de malestar (diaforesis, esgarrifances) i antecedents o risc de convulsions en els dies previs.**
- **Una vegada iniciat el tractament antitèrmic mantenir-ho de forma regular.**
- **Mesures no farmacològiques**
  - **Considerar mesures físiques, draps freds.**
- **Mesures farmacològiques**
  - **Paracetamol 650 mg rectal o 1g EV cada 6-8 hores.**
  - **Ketorolaco 30 mg SC / EV cada 8 hores ( 90 mg ICSC o ICEV)**
  - **Metamizol 2gr EV cada 8 hores**

#### 4.3.- Mioclònies i convulsions

- En el cas que el malalt estigui en un àmbit hospitalari, deixarem un accés endovenós, en aquells pacients que hagin presentat crisis convulsives prèviament o amb risc de presentar-ne.
- En el cas que el pacient estigui en el domicili, la via d'elecció serà la subcutània o la via rectal si la primera comporta dificultats de maneig.
- **Mesures farmacològiques**
  - **Midazolam:** Comencem amb un bolus de 10mg i continuem amb infusió contínua sc o ev de 15 a 30 mg/24h.(4.1)

Altres opcions farmacològiques:

- **Diazepam rectal** 10mg cada 15 minuts fins que cedeixin les convulsions.
- **Clonazepam.** Iniciar amb un bolus de 1mg i continuar amb infusió contínua SC o EV d'1,5 a 3 mg/24h
- **Fenobarbital.** Iniciem amb un bolus intramuscular de 200mg i continuar amb infusió contínua sc o ev de 600mg/24h.
- El pacient estarà en decúbit lateral, protegit per coixins i baranes per reduir el risc de lesions.

### **4.4.- Regurgitació del contingut gàstric.**

- Aquesta situació pot presentar-se principalment en les oclusions intestinals altes.
- En el pacient que ja porta SNG podem recomanar mantenir-la per tal de facilitar el buidament del contingut gàstric, deixant la sonda connectada a una bossa de diuresi en decliu. Si la família fa pressió per a la seva retirada, abans de procedir aprofitarem per realitzar el buidament del contingut gàstric.
- Si el pacient no porta SNG advertirem a la família de la possibilitat que apareixi regurgitació en algun moment abans de la mort. Els tranquilitzarem informant-los que és tracta de contingut gàstric i que amb la medicació que s'administra no li provocarà patiment.(4.2, 4.3)
- Recomanarem sempre que el pacient és mantingui en decúbit lateral per reduir el risc de broncoaspiració i el qual ens facilitarà la higiene.

### **4.5.- Hemorragia**

- En el cas que el malalt estigui en un àmbit hospitalari, deixarem un accés endovenós, en aquells pacients que hagin presentat hemorràgies previament o amb risc de presentar-ne.(4.1)
- En el cas que el pacient estigui en el domicili la via d'elecció serà la subcutànea o la via rectal si la primera comporta dificultats de maneig.
- **Recomanarem:**
  - Preparar tovalloles fosques per tal de reduir l'impacte visual d'una hemorragia masiva.
  - Deixar la medicació preparada per si fos necessari una ràpida administració.
  - Que els familiars surtin de l'habitació.
- **Mesures farmacològiques**
  - Midazolam a dosis de 15mg ev o sc cada 5 minuts fins a la sedació profunda. Alternativament podem utilitzar diazepam rectal.

#### **4.6.- Retenció aguda d'orina**

- Sospiti aquesta possibilitat en un pacient que presenta de nou:
  - Inquietut
  - Massa hipogàstrica dolorosa a la palpació (globus vesical).
  - Ocasionalment incontinència (per rebossament).
  - I especialment si s'està tractant amb fàrmacs amb efecte anticolinèrgic (escopolamina CLH, N-Butilbromuro de hioscina, levomepromacina).
  
- La recomanació serà el sondatge uretral i en cas que no sigui possible, control farmacològic incrementant la sedació.

#### **Bibliografia.**

- 4.1. Porta J, Gómez Batiste X, Tuca A. Control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. Aran ediciones 2008. 2ª Ed.p. 203-205.
- 4.2. Alonso A, Varela M, Torres I, Rodríguez R, Bruera E. At-home palliative sedation for end-of-life cancer patients. Palliative Medicine 2012; 24: 486-492.
- 4.3. De Graeff A, Dean M. Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standards. J Palliat Med 2007; 10: 67-85.

## 5.- Atenció a la família

- La sedació pal·liativa suposa una situació de gran impacte emocional en la família. Si aquest malestar no és atès pels professionals, pot provocar que la família no tingui una consciència clara sobre la situació del malalt i/o tingui dubtes sobre si està actuant correctament o no. Aquest malestar ha de ser detectat i atès pels professionals sanitaris.
- El procés d'atenció familiar quan es produeix la sedació d'un pacient comporta la intervenció de tot l'equip interdisciplinari, tant en l'àmbit hospitalari com el domiciliari, així com amb el pacient i la seva família.
- Tindrem més oportunitats d'obtenir la col·laboració de la família si entenen i intentem donar resposta a les seves dificultats personals i/o relacionals.
- Les nostres actuacions en l'atenció a la família han de potenciar la participació de la mateixa en la presa de decisions i l'educació en el cuidar. Aquesta intervenció requereix d'un treball previ per tal d'identificar el cuidador principal; factors resilients i de vulnerabilitat.
- Claus per millorar la satisfacció i disminuir l'estrès familiar:
  - Informació àmplia, regular i freqüent sobretot en el procés de sedació, abans, durant i després del mateix, si fos necessari.
  - Donar arguments per diferenciar la sedació de l'eutanàsia. Incidir que la motivació, la naturalesa i el resultat de la sedació no és la mort sinó alleujar un patiment intolerable. La mort imminent és per tant, una conseqüència prevista però no pretesa.
  - Compartir la responsabilitat en la presa de decisions.
  - Suport emocional intens des de l'inici, afavorir l'expressió de les emocions, sentiments, preocupacions, temors, dubtes i reforç positiu de la tasca cuidadora.
  - Monitorització periòdica dels símptomes.
  - Hem de realitzar un treball anticipatori i prevenir complicacions. Explicació oral i escrita. Deixar pauta d'actuació al domicili (annex 2), i a la història clínica informatitzada si existeix al territori.
- Fer-los participants de les cures, fonamentalment de les **mesures de confort**:
  - **Canvis posturals**: Evitar mobilitzacions inútils, respectar la postura natural del pacient. Quan es faci el canvi postural evitar pressions i estiraments. Utilitzar coixins de diferents formes per a l'adequat suport del cos. Mantenir el matalàs antiescares, sinó col·locar-ho. Animarem a la família al fet que puguin apropar-se al malalt sense por, potenciant el contacte gratificant a manera de massatge suau, per exemple.

- **Cures de la boca:** Amb tal d'evitar la sequedat, mala olor i acumulació de residus, ensenyarem les següents mesures:

- Retirada de pròtesi que no estiguin fixades.
- Solució en spray de camamilla amb llimona que anirem instilant a l'interior de la cavitat bucal.
- Neteja i arrossegament dels residus amb una torunda empapada en un bany de vaselina previ per estovar les pells.
- Lubrificació dels llavis amb crema de cacao o vaselina.

- **Cura dels ulls:** Rentar els ulls amb sèrum fisiològic o llàgrimes artificials evitant que es formi una pel·lícula de lleganyes.

- **Cures de la pell:**

- La higiene regular contemplarà la cura de la pell que, en aquesta situació, és fràgil i sensible.
- Afavorir la hidratació amb un bany de llet corporal hidratant aplicat amb un massatge molt suau per evitar molèsties.
- La cura de les úlceres no serà amb l'objectiu de curació, sinó per evitar la mala olor, el dolor i la seva progressió.

- Es tracta de cuidar la família i dedicar-los temps i espai específics, amb actitud d'escolta i de comprensió, assegurant-nos que la informació que anem a facilitar, s'hagi comprès.
- Una vegada comprovat que la família ha entès i ha pogut assumir la situació, està demostrat que la seva participació ajuda a disminuir el sofriment i posteriorment els ajudarà en l'elaboració del procés de dol.

### Lectures recomanades

- Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. La Millora de l'atenció al final de la vida: la perspectiva dels familiars de pacients i dels professionals de la salut. 2008; Planificació i avaluació; 25.
- Arranz P, Barbero JJ, Barreto P, Bayés R. Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelos y protocolos. 3ª ed. Barcelona: Ariel, 2008.
- Comissió de Salut del Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya. Funcions i Competències dels Treballadors Socials del Camp Sanitari, 2005.
- Comitè de Bioètica de Catalunya. Recomanacions als professionals sanitaris per a l'atenció als malalts al final de la vida. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2010.
- Die Trill M, López Imedio E. Aspectos psicológicos en Cuidados Paliativos. La comunicación con el enfermo y la familia. Ades ediciones, 2000.
- Grupo de Trabajo sobre Espiritualidad en Cuidados Paliativos de la SECPAL. El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos, 2008.

## *Guia Pràctica de Sedació Pal.liativa*

- López Imedio E. Enfermería en Cuidados Paliativos. Madrid. Editorial Médica Panamericana, 1998
- Lozano A, Borrell R, Albuquerque E, Novellas A. Cuidados en la situación de agonía. En: Gómez Batiste, Planas J, Roca J, Viladiu P, editores. Cuidados paliativos en oncología. Barcelona: Editorial Jims, 1996.
- Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Treball Social en Cures Pal.liatives, 1998.



## **6.- Sedació a domicili**

• La sedació pal·liativa comporta per les seves característiques específiques una situació de complexitat en el seu maneig, motiu pel qual es fa recomanable la participació d'un equip especialitzat en cures pal·liatives. Aquesta intervenció podrà ser compartida amb l'equip d'atenció primària quan sigui possible.

### **6.1.- Descripció de l'escenari i aspectes específics**

#### **• Entorn domiciliari.**

Sabem que un període important de l'atenció pal·liativa es realitza al domicili i a més, les preferències del pacient en la seva atenció al final de la vida, inclou poder morir a casa. Serà important doncs, conèixer quines són les característiques diferencials de la sedació pal·liativa al domicili.

- Quins són els requisits necessaris per la sedació a domicili?
  - Voluntat del pacient i família per estar al domicili.
  - Acceptació de la intervenció domiciliària.
  - Factors externs que permetin fer el seguiment: condicions de l' habitatge i entorn, disponibilitat de temps, recursos econòmics, etc.
  - Suport d'un equip especialitzat en cures pal·liatives coordinat amb l'equip de atenció primària, i tots els recursos implicats en el procediment.
  - Consens per part del pacient/ familiars perquè el pacient mori al domicili. En alguns casos experiències prèvies emocionalment traumàtiques ho desaconsellen.
- L'atenció d'un pacient en situació d'últims dies a on es planteja la sedació pal·liativa, genera una situació de crisi. Les situacions de crisi, provoquen que les persones que les experimenten , perdin el control emocional pel seu maneig i per tant la capacitat per a plantejar i generar solucions. La nostra intervenció variarà segons si el pacient ja estava en seguiment pel PADES o no:

#### **a. Pacient en seguiment pel PADES.**

- Revalorem la situació clínica.
- Informem al pacient i/o cuidador sobre la situació clínica i consensem el pla terapèutic.
- Registrem el consentiment informat a la història clínica.
- Iniciem la sedació pal·liativa.

#### **b. Pacient no conegut pel PADES:**

- Ens presentem tots els membres de l'Equip, explicitant que ha estat el metge d'atenció primària el que ha indicat la nostre intervenció. Donem informació oral i escrita sobre el servei: objectiu de la nostra intervenció, programació de visites, horaris, telèfons, etc.
- Recollida de la informació i valoració integral.

## Guia Pràctica de Sedació Pal·liativa

- Informem al pacient i/o cuidador sobre la situació clínica i consensem el pla terapèutic ( en aquest cas es especialment important donar el temps necessari perquè pacient i/o cuidador puguin aclarir els seus dubtes).
- Registrem el consentiment informat a la història clínica.
- Iniciem la sedació pal·liativa.

En tots dos casos tindrem en compte els següents aspectes.

- El pacient té dret a saber que els seus símptomes no es poden controlar d'una altra manera i que un cop iniciada la sedació disminuirà el seu nivell de consciència. Se li ha de proporcionar un **temps de reflexió** i preparar un ambient adequat per a la seva realització.
- Quan estigui indicada la sedació continua i profunda, serà molt important explicar a la família que el malalt pot quedar gradualment inconscient i tranquil en les hores següents a l'inici de la sedació, i els recomanarem que es el moment d'**acomiar-se**.

### 6.2.- Aspectes pràctics

#### 6.2.1 Pautes d'intervenció.

- **Identifiquem al cuidador referent.** Aquest es farà responsable del pla de cures i de les gestions post-mortem que ha de incloure: trucada a l'ABS, trucada als serveis funeraris i trucada al PADES.

- **Revisió del pla de cures adaptat a la situació de sedació pal·liativa.**

- Informem que un cop iniciada la sedació cal anar amb compte amb l'administració d'aliments i líquids per via oral davant el risc de broncoaspiració i patiment per part del malalt. Donarem recomanacions sobre les cures de la boca.
- Valorarem la retirada de tota la medicació via oral i la quina sigui innecessària (insulina, heparina, inhaladors, etc)
- Valorarem la retirada de la hidratació subcutània si s'estava utilitzant. En els casos en que es mantingui la hidratació SC es passaran 500ml/24h a una zona diferent a on porti la bomba d'infusió continua (BIC).
- Respecte als opioïds en cas de bon control del dolor els que s'administren per via transdèrmica es mantindran i la resta es donarà la dosi equianalgèsica per via sc (habitualment morfina).

- **Inici del tractament subcutani.**

- La sedació pal·liativa implica una disminució del nivell de consciència, i per tant dificultat per a la ingesta oral. En el domicili, la via subcutànea serà la d'elecció.
- Abans d'aplicar aquesta tècnica, el pacient i els familiars solen necessitar una explicació aclaridora que els tranquil·litzi i els inspirei seguretat per assolir els objectius plantejats.
- Per facilitar el bon compliment terapèutic deixem a domicili un full de tractament amb la pauta terapèutica i dosis extremes prescrita que anirem actualitzant segons

evolució. Aquest full també serà útil per altres professionals que intervinguin durant el seguiment. (annex 2)

- Donem la informació necessària sobre el funcionament bàsic de la BIC i el correcte maneig dels bolus en cas que el pacient precisi dosis extres.

### • **Proporcionar cures de confort.** (annex 3)

- Cures de la boca
- Canvis posturals
- Higiene
- Cures d'úlceres

• **Monitorització un cop iniciada la sedació.** Realitzarem contacte telefònic cada 12 hores i valoració domiciliària cada 24 hores:

- Control de símptomes.
- Nivell de sedació utilitzant l'escala de Ramsay-ICO.
- Estat emocional de la família.

### 6.2.2.- Via Subcutània.

#### • **Quins avantatges ofereix la via subcutània al domicili**

- Tècnica poc agressiva, menys dolorosa, no té risc de flebitis ni d'extravasació.
- No precisa hospitalització.
- Manté l'autonomia del pacient
- Fàcil d'utilitzar per la família, cuidadors i el pacient.
- Menys complicacions que la via endovenosa.
- Proporciona tranquil·litat a la família.

#### • **Complicacions de la via subcutània** (sempre informarem al cuidador):

- Reacció cutània en forma d'eritema i picor (menys del 10% dels casos) que cedeix canviant la zona de punció.
- Reacció adversa al material.
- Sortida accidental de la palometa.
- Reflux de líquid per la zona de punció.
- Hematoma o sagnat a la zona de punció.
- Precipitació dels fàrmacs amb inflamació i dolor.

#### • **Tècnica de la via subcutània**

##### a) **Modalitats d'administració de medicació per via subcutània:**

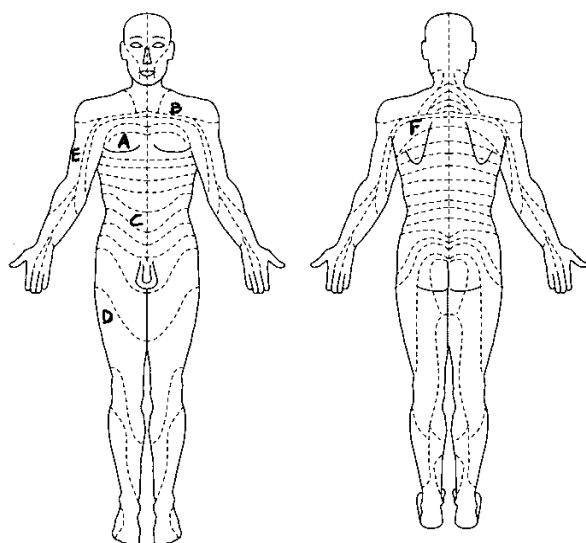
• **Infusió intermitent:** administració d'un tractament de forma puntual o periòdica. L'efecte de la medicació es produeix en forma de pics, mitjançant injeccions repetides subcutànies. Utilitzant una agulla d'ales (palometa) fixada a la pell, a través de la qual s'administrarà la medicació per evitar les puncions repetides. Es poden preparar en la mateixa xeringa la dosi de cada un dels fàrmacs necessaris. Si hi ha dificultats de maneig

per part dels cuidadors, recomanem deixar preparades tantes xeringues com bolus diaris siguin necessaris.

- **Infusió contínua:** consisteix a administrar la medicació que cal per controlar els símptomes del pacient mitjançant un infusor. La velocitat d'alliberament de la medicació és uniforme i l'efecte de la medicació es produeix de forma sostinguda.

### b) Lloc de punció

- La punció subcutània es pot realitzar teòricament a qualsevol part del cos on hi hagi teixit subcutani. Les zones més utilitzades són indistintament; part anterior del tòrax (zona infraclavicular). Part anterior i externa dels braços (deltoides). No s'aconsellen els quadrants abdominals superiors i les cuixes per ser més incòmodes per al pacient i de pitjor accés i control per a les infermeres.



#### ZONES DE PUNCIÓ

A Zona pectoral

B Zona subclavicular

C Zona abdominal (evitant la zona periumbilical)

D Zona anterior de la cuixa (evitar-la si són incontinents)

E Zona anterior del braç

F Zona escapular (indicada en pacients agitats per evitar l'automanipulació)

- Cal triar zones sense vermellors, inflamacions, ferides o edemes i que no estigui dins del camp d'irradiació de la radioteràpia.

### c) Tècnica de punció

- Utilitzar palometes de 23G o 25 G. És preferible utilitzar apòsits adhesius transparents per al millor control del punt de punció.

**d) Durada del lloc de punció**

- Recomanem no canviar fins que no apareixen signes o símptomes d' intolerància local. La durada varia entre 1 dia i 3 setmanes.

**e) Cures d'infermeria.**

- Canviar la bomba d'infusió cada vegada que sigui necessari en el cas que s'estigui utilitzant.
- Inspecció freqüent del lloc d'infusió per detectar signes d' irritació local que puguin alterar la capacitat d'absorció de la dermis.
- Canviar el lloc d'injecció cada vegada que se sospiti una reducció de l'absorció o aparició de complicacions .

**• Maneig de les bombes d'infusió contínua**

**a) Avantatges de la Infusió Contínua .**

- La possibilitat d'administrar diversos medicaments al mateix temps, sempre que siguin compatibles.
- Controlar diversos símptomes al mateix temps.
- Possibilitat de sedació al domicili amb seguretat, menys manipulació de la medicació i errades per part dels cuidadors.
- La opció d'ensinistrar als familiars i els cuidadors informals.
- Menor càrrega de treball per als professionals de l'equip i els cuidadors.
- La pauta farmacològica correcta i contínua, assegura el confort en situació d'últims dies.

**b) Problemes derivats de la Infusió Contínua .**

- L'infusor no es buida. Sol ser degut a la presència d'una bombolla en la sortida del sistema, n'hi haurà prou amb purgar el sistema i verificar que surt una gota del medicament en l'extrem de forma contínua.
- Obstrucció de l'agulla en el punt de punció, per la formació d'un coàgul de sang.

**c) Càrrega de la Bomba d'Infusió continua elastomèrica (BIC). Model Dosi-Fuser.**

- Al carregar l'infusor s'han de tenir en compte les següents variables:
  - El fluxe de sortida mesurat en ml/h (0,5ml/h i 1,2ml/h són els més utilitzats).
  - El temps d'autonomia: 24h, 5 dies o 7 dies (recomanem de 1 a 3 dies).
  - El volum total de càrrega mesurat en ml, que està relacionat amb els dos paràmetres anteriors.
- Amb aquestes variables de referència es calcula el volum total dels fàrmacs a administrar en funció del tipus de bomba elastomèrica (segons la taula 1), completant la capacitat total del dispositiu amb sèrum fisiològic (fins a 12ml si el fluxe de sortida es de 0,5ml/h i fins a 28ml si el fluxe de sortida es de 1,2ml/h).

## Guia Pràctica de Sedació Pal·liativa

- S'afegeixen 5 ml al volum total quan omplim el reservori per tal de purgar el sistema.
- No es pot recarregar el reservori (1 sol us).

**Taula 1.- Capacitat de les bombes d'infusió, velocitat i durada de la administració.**

Capacitat normal	65ml.	100ml.	150ml.	250ml.
C.maxima	80ml.	130ml.	180ml.	265ml.
5 dies	0.5ml/h.	0.8ml/h.	1.2ml/h.	2ml./h.
2 dies	1.3ml/h.	2.0ml/h.	3.1ml/h.	5.2ml/h.
1 dia	2.7ml/h.	4.1ml/h.	6.2ml/h.	10.4ml/h.

### Ex. Núm 10

Iniciem sedació paliativa amb BIC amb els següents fàrmacs:

Midazolam (1cc=5mg) 30mg/24h + Clorur mòrfic 2% 60mg/24h

Si ho calculem en ml, seran Midazolam **6ml** + Cl mòrfic al 2% **3ml**. Això suma **9ml/24h**

Podem utilitzar una BIC amb un **fluxe de 0,5ml/h** (amb capacitat per passar **fins a 12ml/24h**)

Completem la capacitat total del dispositiu (12ml/24h) **afegint 3ml de serum fisiologic** als 9 ml de medicació (midazolam i morfina).

Afegim **5ml** mes per al purgat inicial del tub i el filtre.

El volum total de tractament per 24h seria doncs de **17ml**. En cas de voler deixar pauta per 2 ó 3 dies la seqüència seria la mateixa. A la taula inferior es mostra els volums per l'administració en 2 i 3 dies.

	1 DIA (12ml)	2 DIES (24ml)	3 DIES (36ml)
MIDAZOLAM	6ml	12ml	18ml
CLORUR MÒRFIC 2%	3ml	6ml	9ml
SERUM FISIOLÒGIC	3+5ml	6+5ml	9+5ml
TOTAL	17ml	29ml	41ml

Disposem d'altres tipus de bombes d'infusió elastomèrica (Annex 4)

• **Ús de fàrmacs i compatibilitat de mescles**

**- Fàrmacs que es poden utilitzar per la sedació pal·liativa**

- Inici de la sedació amb midazolam a dosis de 5-7.5mg subcutani cada 4 hores o 30-45mg cada 24 hores en infusió continua.  
Si no es efectiu, incrementem la dosi previa en un 50% fins a un màxim de 200mg/dia.
- Si el midazolam no és efectiu, o quan el símptoma refractari es el delirium, iniciar Levomepromazina.  
Dosis d'inici de 12.5-25mg subcutani cada 6 hores o 50-100mg cada 24 hores en infusió continua. Si no és efectiu, incrementar la dosi en un 50% fins a un màxim de 300mg/dia.
- Si el pacient ja portava midazolam es recomana reduir la dosi d'aquest en un 50% i posteriorment pauta decreixent segons la resposta clínica.
- Si la Levomepromazina no es efectiva, valorar trasllat a l'hospital o iniciar fenobarbital.  
Iniciem amb un bolus im de 200mg i iniciem la infusió sc de 800 a 1200mg/24h o alternativament amb bolus a la dosi de 200mg subcutani cada 6 hores .
- Si cap dels fàrmacs sedants han estat efectius es realitzarà trasllat a l'hospital.

**-Combinacions de fàrmacs que poden fer-se sense risc de precipitacions .**

Midazolam + Morfina + Hioscina + Levomepromazina

Midazolam + Morfina + Hioscina + Metoclopramida

Midazolam + Morfina + Hioscina + Haloperidol

*El fenobarbital no es pot administrar amb altres fàrmacs*

- Les possibilitats de precipitació augmenten com més gran sigui el nombre de fàrmacs barrejats.

### **6.3.- Coordinació de recursos**

El seguiment domiciliari implica necessàriament una correcta coordinació entre els diferents nivells assistencials i els diferents professionals implicats en les cures del pacient.

- Un cop s'ha pres la decisió d'iniciar la sedació pal·liativa i s'inicia el tractament subcutani, l'equip de suport facilita a la família un full signat pel metge responsable on consta el tractament del pacient i dosis extremes en cas d'aparèixer algun símptoma no contemplat en el moment de la visita. D'aquesta manera tant la família/cuidador, com els equips d'atenció primària tenen informació del tractament del pacient i possibilitats terapèutiques evitant derivacions a urgències innecessàries.
- Es facilitarà també informació a la família sobre cobertura durant el cap de setmana o festius i telèfons de contacte per assegurar una correcta cobertura 24h 7 dies per setmana.
- Es realitzarà una trucada telefònica al professional referent l'ABS per informar sobre l'inici de la sedació pal·liativa.

#### **Lectures recomanades**

Alberola Candel V, Camps Herrero C, Germa Lluch JR, Gómez Batiste X, Gómez Sancho M, López-Lara Martín F, et al. Modelos de cuidados paliativos con cáncer. *Med Pal* 2001;8:80-84.

Benavent Garcés A, Ferrer Ferrandis E, Francisco del Rey C. Fundamentos de Enfermería. Colección Enfermería S21. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2001.

Gómez Sancho M. El médico ante la muerte. Avances en cuidados paliativos. Las Palmas: Gafos; 2003.p.75-91.

Borcia Goyanes JJ. El viejo y su futuro. En: Hayflectz I, Barcia D, Miguel J. ,eds. Aspectos actuales del envejecimiento normal y patológico. Madrid: Ela SL 2001, 413.

Quera D, Roig M, Faustino A. Colocación y mantenimiento de una vía subcutánea. *FMC* 2003;10: 556-7.

Bondyale TM. Enfermería en cuidados paliativos. En: Bondyale TM. El manejo de la medicación. 1ªed. Madrid. 2007.p.383-399.

NHS Greater Glasgow, Acute Services Division, Palliative Care Practice Development Team. Guidelines for the use of Subcutaneous Medications in Palliative Care. March 2007  
Disponible en  
[http://www.palliativecareglasgow.info/pdf/guidelines\\_subcutaneous\\_meds\\_corrected.pdf](http://www.palliativecareglasgow.info/pdf/guidelines_subcutaneous_meds_corrected.pdf)

Flores Pérez LA, Centeno Cortés C, Hernansanz de la Calle S, Sanz Rubiales AS, López-Lara Martín F. Directorio de Recursos de Cuidados Paliativos. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL); 2002.



## *Guia Pràctica de Sedació Pal·liativa*

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 Management*. 2011;41:754-60.

Alonso-Babarro A, Varela-Cerdeira M, Torres-Vigil I, Rodríguez-Barrientos R, Bruera E. At-home palliative sedation for end-of-life cancer patients. *Palliat Med*. 2010;24:486-492.

The syringe Driver. Continuous subcutaneous infusions in palliative care. Dickman A, Littlewood C, Varga J. Oxford University Press. 2003.

## **7.-Sedació a urgències.**

**L'ús de la sedació pal·liativa en el context d'un Servei d'Urgències és un tema controvertit i poc estudiat**, de fet en una revisió realitzada sobre el tema, només es va trobar un estudi realitzat a França (7.1), on es conclouia que la meitat dels pacients que moren a urgències reben cures pal·liatives, la qual cosa es va considerar insuficient ja que la majoria dels pacients van morir després de la decisió de retirada de mesures de suport vital, i que les mesures per al maneig del final de vida han de ser millorades en els serveis d'urgències.

### **7.1. Quines situacions es poden presentar?**

- Pacients que presenten símptomes greus de nova aparició i que requereixin valoració urgent en un centre sanitari, en els quals és **coneguda la seva situació avançada i terminal**, i en **tractament exclusivament pal·liatiu**. Això inclou habitualment pacients en seguiment per equips de cures pal·liatives, tant domiciliaris com hospitalaris, així com aquells en què en la seva història clínica existeix constància d'aquest abordatge.
- Pacients que presenten símptomes greus i que requereixin valoració urgent en un centre sanitari, en els quals és **coneguda la seva situació d'insuficiència orgànica crònica avançada** però **no s'ha determinat la situació de terminalitat, ni s'ha iniciat tractament pal·liatiu**. Això inclou habitualment pacients amb malalties cròniques no oncològiques (ICC, MPOC, IRC, Malaltia d'Alzheimer, cirrosi hepàtica, etc.) o pacients oncològics on no és conegut l'abordatge actual .
- Pacients en **situacions clíniques agudes i potencialment mortals** (hemorràgia digestiva massiva, hemorràgia intracraneal, TEP massiu, trencament d'aneurisma d'aorta, etc.) amb malalties cròniques o sense aquestes.

En aquestes situacions, ens trobem amb un pacient amb una probable expectativa de vida d'hores o dies i que és possible que entri en agonia durant el temps d'atenció en el Servei d'Urgències.

En aquestes circumstàncies en què un pacient pot morir a Urgències, **quan estaria indicada la Sedació Pal·liativa?**

Remetent-nos a la definició, sempre que apareguin símptomes refractaris que condicionen sofriment i no només la previsió de mort propera o inici d'agonia.

**7.2. Procés i presa de decisions a Urgències:**

- Valorar antecedents i situació clínica actual del pacient.
- Iniciar tractament etiològic (si és possible) i/o simptomàtic.
- Valorar l'evolució de forma horària:
  - Resposta a tractament
  - Presència de símptomes refractaris
  - Presència de sofriment
- Si en un termini raonable no hi ha una adequada resposta al tractament i aparició de símptoma/s refractari/s i és evident el sofriment físic i/o psicològic del pacient, respongui les següents preguntes:

- **1. El pacient té una malaltia avançada? (Si/No)**
- **2. El tractament de la seva patologia de base previ a l'arribada a urgències ha estat essencialment pal·liatiu? (Si/No)**
- **3. S'ha descartat qualsevol tractament etiològic o substitutiu de la seva malaltia de base? (Si/No)**
- **4. Existeix registre a la HC sobre mal pronòstic vital i/o consta que davant situacions de risc vital hagi de fer-se un maneig pal·liatiu? (Si/No)**
- **5. El pronòstic de la complicació actual en el context clínic del pacient, és previsiblement infaust a curt termini? (Si/No)**

**En el cas que totes les respostes a les anteriors preguntes siguin SI consideri la indicació de la Sedació Pal·liativa.**

**Ex. Núm. 11**

Pacient home de 85 anys, MPOC Gold IV, ICC FE 35% , portador d'O2 domiciliari, amb tractament opioide per dispnea. Acudeix a urgències per DPN, empitjorament de la seva dispnea de repòs habitual, febre i delirium hiperactiu. S'inicia tractament deplectiu intensiu, broncodilatadors, corticoides i antibiòtics. A més es pauten opioïdes i neuroleptics. S'administra VMNI que no és tolerada pel pacient. Després de 6 hores d'aquest tractament no s'objectiva milloria clínica, persisteix distrés respiratori amb hipòxia, presenta acidosis metabòlica, manté oligúria i hipotensió.

La família transmet el desig de no sofriment del pacient.

En aquest cas es podria plantejar la Sedació Pal·liativa

**Ex. Núm. 12**

Pacient home de 78 anys amb antecedents de HTA, MPOC Gold IV, AAA de 6cm, no IQ per comorbilitat. Acudeix al SEU per dolor punxant d'inici brusc a nivell d'epi i mesogastri que s'irradia a regió posterior d'intensitat 10/10, que apareix després d'esforç de defecació. A l'examen físic, pacient diaforètic, hipotens, rictus de dolor, abdomen dolorós, no clar peritonisme, absència de polsos pedis, poplítis i disminució de femorals. TAC abdominal: dissecció de AA des de tronc celíac a ilíaqües.

Pacient amb intens dolor que requereix 10mg de Cl. Mòrfic per disminuir a 5/10. S'informa a pacient i família no tributari de IQ per comorbilitat.; el pacient sol·licita control de dolor i accepta disminució del nivell de consciència si aquest és refractari. Després de nova dosi de Cl. Mòrfic el pacient es relaxa i roman dormit i tranquil. Una hora després mor sense dolor.

En el cas que estigui indicada la sedació Pal·liativa compartirem i consensuarem la decisió amb l'equip per iniciar el procés per obtenir el consentiment (veure apartat 3.3)

**7.3.- Obtenció del consentiment**

• Per a l'obtenció del consentiment del **pacient competent**:

(recomanem que informi prèviament a la família i si és possible s'acompanyi d'algú de l'equip).

- Comentar al pacient que hem de parlar d'alguna cosa important i demanar-li si vol que estigui present la seva família.

- Explicar la causa de la seva arribada a urgències, i l'evolució que fins ara ha ocorregut.

- Avaluar el grau de malestar físic i emocional que pateix.

- Proposar-li com a tractament adequat la disminució del nivell de consciència.

## Guia Pràctica de Sedació Pal·liativa

- Validar la comprensió de la informació subministrada i del tractament proposat (sedació).
  - Explicitar el seu consentiment o la seva negativa.
- Per a l'obtenció del consentiment de la família (**pacient incompetent**).
    - Explicitar la causa de l'arribada a urgències, i l'evolució que fins ara ha ocorregut.
    - Explicitar el grau de malestar físic i emocional que el pacient pateix.
    - Proposar com a tractament adequat la disminució del nivell de consciència.
    - Validar la comprensió de la informació subministrada i del tractament proposat (sedació).
    - Explicitar el seu consentiment o la seva negativa.
  - En cas de no consentiment, mantenir el tractament, minimitzar sofriment, mantenir valoració contínua.
  - **Després d'iniciar la Sedació Pal·liativa és IMPORTANT:**
    - Facilitar la companyia de la família al pacient i la privacitat.
    - Dedicar un temps i espai específic per revisar amb la família la indicació, expectatives, possibles ajudes pràctiques i pronòstic immediat.

### 7.4. Fàrmacs a utilitzar

Correspon a l'esmentat en apartats anteriors adequant la posologia al context del servei d'urgències.

Es recomana, especialment en cas de dubte comptar amb la valoració i assessorament de l'equip de cures pal·liatives.

### 7.5. Registre a la història clínica

Assegurar un registre adequat de la situació clínica del pacient, el símptoma refractari que estem tractant i el consentiment obtingut, així com també el monitoratge del procés (nivell de consciència, símptomes presents, fàrmacs utilitzats, dosis, etc.) ( per a informació més detallada veure apartat 2.1)

#### **Important:**

**La Sedació Pal·liativa posa l'accent en la proporcionalitat del procediment i la refractarietat dels símptomes a tractar, en el context d'un pacient proper a la mort, per tant crear fórmules magistrals (coctels) per a una Sedació Pal·liativa ha de considerar-se terapèuticament inadequat.**

**Bibliografia**

7.1.- Van Tricht M, Riochet D, Batard E, Martinage A, Montassier E, Potel G, Le Conte P. Palliative care for patients who died in emergency departments: analysis of a multicentre cross-sectional survey. *Emerg Med J.* 2012;29: 795-7.

## Annex I . Escales

### Palliative Prognostic Score (Pap Score)

Variable	Puntuació
<b>Dispnea:</b> Absent Present	0 1
<b>Anorèxia:</b> Absent Present	0 1
<b>Estimació clínica de la supervivència (setmanes)</b> >12 11-12 9-10 7-8 5-6 3-4 1-2	0 2 2,5 2,5 4,5 6 8,5
<b>Índex de Karnofsky</b> ≥30 10-20	0 2,5
<b>Leucocits totals per mm<sup>3</sup></b> ≤8.500 8.501-11.000 >11.000	0 0,5 1,5
<b>Percentatge de limfòcits</b> <12 12-19,9 ≥20	2,5 1 0
<b>Grups de Risc</b> A) Probabilitat de sobreviure a 30 dies: >70% B) Probabilitat de sobreviure a 30 dies: 30-70% C) Probabilitat de sobreviure a 30 dies: <30%	<b>Total punts</b> 0-5,5 5,6-11 11,1-17,5

**Palliative Performance Score (PPSv2)**

<b>Nivell</b>	<b>Deambulació</b>	<b>Activitat i evidència de malaltia</b>	<b>Autocura</b>	<b>Ingesta</b>	<b>Nivell consciència</b>
100%	Lliure	Normal i treballar No evidència de malaltia	Complert	Normal	Normal
90%	Lliure	Normal i treballar Alguna evidència de malaltia	Complert	Normal	Normal
80%	Lliure	Normal amb esforç Alguna evidència de malaltia	Complert	Normal o reduïda	Normal
70%	Reduïda	No normal treball Malaltia present	Complert	Normal o reduïda	Normal
60%	Reduïda	No treball domèstic Malaltia present	Ajuda ocasional	Normal o reduïda	Normal o confús
50%	Principalment Sentat/estirat	Impossible fer qualsevol treball Malaltia extensa	Ajuda ocasional	Normal o reduïda	Normal o confús
40%	Principalment enllitat	Impossible fer qualsevol activitat Malaltia extensa	Principalment assistit	Normal o reduïda	Normal o somnolent ± confusió
30%	Complertament enllitat	Impossible fer qualsevol activitat Malaltia extensa	Complertament assistit	Normal o reduïda	Normal o somnolent ± confusió
20%	Complertament enllitat	Impossible fer qualsevol activitat Malaltia extensa	Complertament assistit	Mínima - Petis xarrups	Normal o somnolent ± confusió
10%	Complertament enllitat	Impossible fer qualsevol activitat Malaltia extensa	Complertament assistit	Cura boca sols	Somnolent o coma ± confusió
0%	Mort	-	-	-	-



**Palliative Prognostic Index**

<b>Variable</b>	<b>Valor</b>	<b>Puntuació</b>
<b>PPS</b>	<b>10-20</b>	<b>4,0</b>
	<b>30-50</b>	<b>2,5</b>
	<b>&gt;50</b>	<b>0</b>
<b>Ingesta</b>	<b>Reducció intensa</b>	<b>2,5</b>
	<b>Reducció moderada</b>	<b>1,0</b>
	<b>Normal</b>	<b>0</b>
<b>Edema</b>	<b>Present</b>	<b>1,0</b>
	<b>Absent</b>	<b>0</b>
<b>Dispnea en repos</b>	<b>Present</b>	<b>3,5</b>
	<b>Absent</b>	<b>0</b>
<b>Delirium</b>	<b>Present</b>	<b>4,0</b>
	<b>Absent</b>	<b>0</b>

Annex 2: full de tractament



C/ERMITA, S/N

CAP BELLVITGE. TELF. 93 XXX.XXX.  
HORARI : De 8 a 15 h

INFERMERA:  
METGESSA:  
TREBALLADORA SOCIAL:

URGÈNCIES: Trucar al 061

NOMBRE:

EDAD:

FECHA:

MEDICAMENTOS MEDICAMENTS	MOTIVO MOTIU	DESAYUNO ESMORZAR	COMIDA DINAR	MERIENDA BERENAR	CENA SOPAR	DORMIR DORMIR



MEDICAMENTO	DOSIS	MOTIU								
MEDICAMENTO	DOSIS	MOTIVO	4 h.	6h.	8 h.	12 h.	16h.	18 h.	20 h.	24 h.
OPCIONAL										

## **Annex 3 : Cures de confort.**

### **1. Cures de la boca.**

- a. Retirar les pròtesis dentals mal ajustades.
- b. Netejar sovint i amb suavitat la boca utilitzant gasses humitejades amb aigua o infusions. En cas de boca bruta o sagnant, podem utilitzar aigua oxigenada diluïda al 50% amb serum fisiològic.
- c. Hidratar els llavis amb barra o crema pels llavis.

### **2. Canvis posturals (cada 6 hores).**

- a. Facilitar la posició natural pel descans.
- b. Col·locar coixins per prevenir les lesions per pressió.



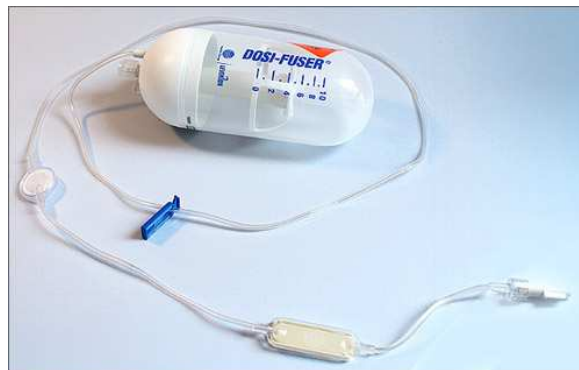
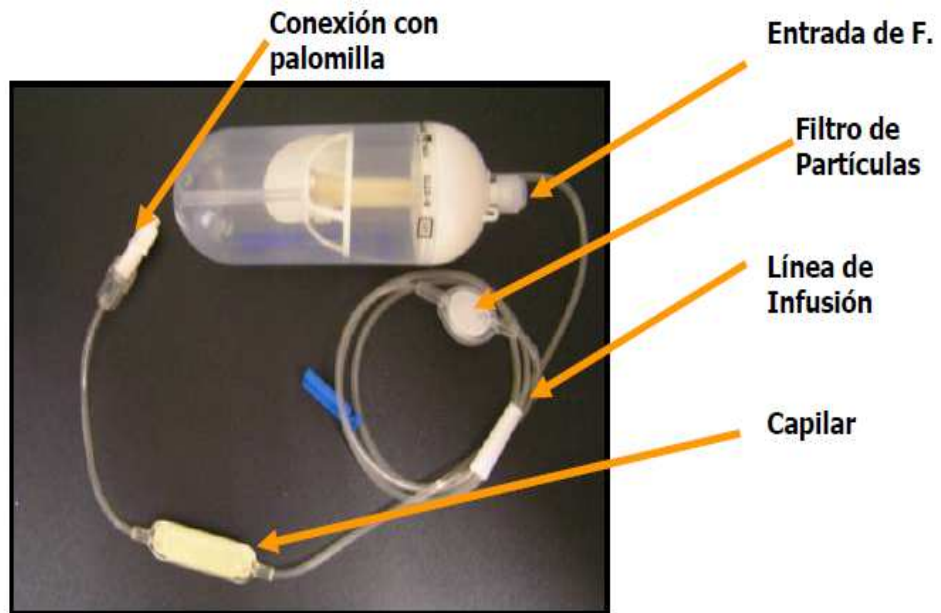
- c. En cas de ranera es recomana el decúbit lateral i lleu flexió del coll.
- d. En cas de fractures buscar la postura antiàlgica.

### **3. Cures de la pell.**

- a. Mantenir la higiene i hidratació corporal habitual d'una manera còmode.
- b. En cas que precisi la cura d'ulceres, utilitzarem anestèsics tòpics pel dolor, i metronidazol en gel al 2% o apòsits amb carbó activat per la mala olor. Si presenta sagnat, realitzarem cures amb adrenalina i compressió amb gasses.

**Annex 4 : Bombes d'infusió elàstomèriques.**

*Infusor Elàstomèric DOSI-FUSER*



*Infusor elàstomèric Accufuser*



## *Guia Pràctica de Sedació Pal·liativa*

*Infusor elastomeric Easypump*



*Infusor Elastomèric Baxter*



*Infusor Elastomèric Surefuser*

