



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

Título:

***Proyecto educativo para enfermería sobre
la sedación paliativa***

Alumna: Marta González Estepa

Director: Daniel Fernández Robles

Madrid, 27 de abril de 2020

Índice

Glosario de abreviaturas	3
Resumen	4
Abstract.....	5
Presentación.....	6
Agradecimientos.....	7
Estado de la cuestión	8
Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema.	8
1. Definiciones y conceptos generales de la sedación paliativa	9
2. Sedación Paliativa	11
2.1 Indicaciones de la sedación paliativa	11
2.2 Vías de acceso.....	11
2.3 Farmacología de la sedación.....	12
2.3.1 Fármacos sinérgicos en la sedación	14
2.4 Hipodermocclisis en el paciente paliativo	14
2.5 Administración de fármacos en bolo vs perfusión continua.....	15
3. Valoración de la sedación desde el punto de vista de la enfermería.	15
4. Escalas utilizadas en la sedación paliativa	19
4.1 Escala Ramsay	19
4.2 Escala RASS.....	19
4.3 Escala PPS.....	19
5. Equipo multidisciplinar sanitario en paciente paliativo	20
6. Comparativa eutanasia y sedación	21
6.1 Aspectos éticos y legales.....	21
Justificación	22
Población y captación	23
Población diana	23
Captación	24
Objetivos	25

Objetivo general	25
Objetivos específicos	25
Contenidos	27
Sesiones, técnicas a emplear y utilización de materiales	28
Evaluación	37
Bibliografía	40
Anexos	44
Anexo I: Material necesario para la inserción de la vía subcutánea.....	45
Anexo II: Cómo colocar la vía subcutánea	46
Anexo III: Escala Ramsay	47
Anexo IV: Escala RASS	48
Anexo V: Escala PPS	49
Anexo VI: Cartel captación proyecto educativo.....	50
Anexo VII: Video explicativo.....	51
Anexo VIII: Control de asistencia	52
Anexo IX: Valoración interna.....	53
Anexo X: Pre-test y Post- test.....	54
Anexo XI: Evaluación de grado de satisfacción.	56
Anexo XII: Evaluación de resultados.	58

Glosario de abreviaturas

Sedación paliativa (SP)

Organización mundial de la salud (OMS)

Cuidados paliativos (CP)

Vía subcutánea (SC)

Vía intravenosa (IV)

Proceso de atención enfermero (PAE)

Richmond Agitation – Sedation Scale (RASS)

Palliative Performant Status (PPS)

Equipo de Soporte Hospitalario de Paliativos (ESHP)

Equipo de Soporte Atención de Paliativos (ESAD)

Atención Primaria (AP)

Resumen

Los cuidados paliativos (CP) tienen como finalidad la mejora de la calidad de vida de los pacientes y sus allegados en el momento de afrontar los problemas causados por una enfermedad mortal. Tratan de aliviar el sufrimiento mediante una identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y de otros síntomas subyacentes a la misma. Se calcula que 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos y, según varios estudios, solo 20 de 234 países estaban realmente preparados para aplicarlos.

La finalidad de este proyecto educativo es crear una guía útil para los profesionales del campo de la enfermería, que cuenten o no con experiencia previa en la administración de la sedación paliativa (SP) en pacientes en la etapa final de su vida. Se procederá a exponer los fármacos más utilizados en la sedación paliativa, el manejo y mantenimiento de la vía subcutánea y las diferencias entre la sedación continua y la sedación intermitente.

Este proyecto se centrará en explicar al personal de enfermería, de manera fácil y práctica, todos aquellos conocimientos que necesitan saber antes de realizar el procedimiento, ya sea en un domicilio o en el hospital. Se especificarán los principales fármacos empleados para inducir la sedación y aquellos necesarios para reducir o paliar los síntomas persistentes una vez sedados. Por último, se aclararán las diferencias entre la sedación paliativa y la eutanasia, constatando la legalidad de la primera.

El objetivo principal de este proyecto educativo es conseguir que los profesionales de enfermería de los centros de salud, tengan los conocimientos necesarios para poder afrontar de la mejor manera los cuidados paliativos que se ofrecen en los domicilios a aquellos pacientes que deciden no continuar en el hospital. La metodología usada para este trabajo será cualitativa por lo que se tratará de responder a una serie de preguntas mediante la revisión bibliográfica.

Palabras clave: sedación paliativa, eutanasia, fármacos, duelo, cuidados paliativos.

Abstract

Introduction: Palliative care (PC) have as purpose the improvement of both patients and their families' quality of life when facing the problems caused by a fatal disease. They seek to alleviate suffering through the early identification, evaluation and treatment of pain and other symptoms underlying it. It is estimated that 40 million people need palliative care and according to several studies, only 20 out of 234 countries were truly prepared to apply PC.

The aim of this academic project is to provide a useful guide for professionals in the nursing field, who may or may not have previous experience in the administration of palliative sedation (SP) in patients in the final stage of their lives. We will proceed to present the drugs that are most used in palliative sedation, the use and maintenance of subcutaneous injection, and the differences between continuous sedation and intermittent sedation. Finally, the differences between palliative sedation and euthanasia will be clarified, confirming the legality of the former.

Objectives: The main objective of this academic project is to ensure that nursing professionals from health centers have the necessary knowledge to best face the palliative care offered at home to those patients who decide not to continue in hospital. This research will follow a qualitative methodology in order to attempt to answer a series of questions by means of a bibliographic review

Keys words: palliative sedation, euthanasia, drugs, grief, palliative care.

Presentación

El personal de enfermería posee unos conocimientos muy generales de todas especialidades que nos podemos encontrar en un hospital, pero también es cierto que, en muchas ocasiones, necesitamos conocer aspectos muy específicos en estas y uno de ellos, a mi parecer, es el saber administrar una correcta sedación en aquel paciente que se encuentra en situación terminal.

A lo largo de mis rotatorios de prácticas, he tenido la oportunidad de enfrentarme a este tipo de pacientes, por tanto, he podido vivir en primera persona a la incertidumbre que nace al iniciar la sedación en el paciente y no saber si se ha cargado de forma correcta, si es normal que aparezcan ciertos tipos de síntomas o si está siendo efectiva de forma adecuada. Por tanto, la idea de crear una guía en la que apareciesen los conceptos más básicos y necesarios, para poder enfrentarte a un paciente en la etapa final de la vida y al cual le vamos a tener que administrar la sedación paliativa tarde o temprano, me pareció una buena idea en la que enfocar mi trabajo de fin de grado. Es cierto que la SECPAL dispone de una guía clínica en la que explica la sedación paliativa en el paciente, pero también considero, que no se tratan en ella algunos aspectos que a mi parecer podrían ser también de gran ayuda como las funciones del equipo multidisciplinar o los fármacos sinérgicos en la sedación entre otros temas.

Por último, aclarar, que en este trabajo también destino una parte a hablar de las diferencias existentes entre la sedación paliativa y la eutanasia ya que son unos conceptos que en ocasiones pueden traer cierta controversia. Por tanto, pretendo aclarar en este proyecto educativo cuál es la fundamentación legal y práctica de la primera de las acciones y así poder resolver cualquiera de las dudas que puedan surgir por parte de los profesionales o de todo aquel que esté interesado en esta práctica y asegurar que todo se realiza desde el marco de la legalidad.

Agradecimientos

A Daniel Fernández Robles, por su entusiasmo, motivación, tiempo y ayuda durante todo el proceso. Quisiera agradecer, en especial, su constancia y dedicación aun en la situación que nos ha tocado vivir.

A la Escuela de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios, por enseñarme a valorar la importancia de prestar unos cuidados humanizados e inculcarme los valores necesarios para poder ejercer esta profesión con excelencia.

A todos los profesionales sanitarios que me han ayudado a crecer profesional y personalmente durante estos cuatro años, especialmente a aquellos que me enseñaron a apreciar la importancia de los cuidados paliativos.

A mi familia, sobre todo, a mis padres. Gracias por todo el apoyo que me habéis brindado durante estos cuatro años, gracias por acompañarme y motivarme para alcanzar mis metas.

A mis amigas, gracias por haberme apoyado y animado en todo momento.

Estado de la cuestión

Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema.

Una de las mayores incertidumbres que se observa en los cuidados paliativos es el hecho de no saber si la SP se podría considerar, o no, una eutanasia en cubierto, o por el contrario se podría utilizar el término ortotanasia, justificando que el principal objetivo es evitar el sufrimiento del paciente (1).

Cada vez está cobrando más importancia la atención paliativa en lo que se refiere a todo el ámbito sanitario profesional, así como para el resto de la sociedad ajena al mismo, ya sea por el incesante incremento del envejecimiento de la población, por el número de muertes asociadas a enfermedades como el cáncer, o por la mayor demanda de estos servicios (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los Cuidados Paliativos (CP) como: “Un enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales” (2).

Atendiendo a la definición anterior, cualquiera podría entender que el cuidado paliativo se refiere simplemente a los cuidados de la propia enfermedad obviando casi de manera genérica los efectos derivados del tratamiento propio de cada paciente, así como todos los síntomas subyacentes de la propia enfermedad (1).

La bioética juega un papel fundamental en la cuestión previamente planteada, ya que en el ámbito asistencial ofrece las posibles soluciones siempre que se originen conflictos morales. Asimismo, la bioética establece todos aquellos requisitos necesarios para poder llevar a cabo una acción terapéutica, de manera que esta se haga dentro del margen de la legalidad y cumpla el criterio ético de no maleficencia (3).

La búsqueda bibliográfica de este trabajo ha sido recogida entre septiembre de 2019 hasta marzo de 2020. En cuanto a las palabras claves, se han utilizado términos en español (DECS) como sedación paliativa, eutanasia, fármacos, duelo, cuidados paliativos y también en inglés (MESH) siendo estos palliative sedation, euthanasia, drugs, grief, palliative care.

1. Definiciones y conceptos generales de la sedación paliativa

En el ámbito de los cuidados paliativos existen una serie de definiciones y conceptos que se han de tener claros a la hora de tratar al paciente para así poder diferenciar los momentos por los que están pasando los distintos tipos de síntomas que nos vamos a encontrar en ellos. Algunos de los anteriores serian (4-8):

- **Sedación paliativa:** consiste en la administración de fármacos con los cuales se quiere conseguir una disminución profunda e irreversible de la conciencia del paciente con un pronóstico de vida corto, con el fin de aliviar cualquier sufrimiento que pueda presentar en sus últimos días.
- **Sedación intermitente:** se administra para poder controlar los síntomas refractarios en el paciente siempre y cuando el resto de fármacos no hayan funcionado antes. La esperanza de vida es mayor de dos semanas; una vez controlados los síntomas, se retira.
- **Sedación continua:** se administra cuando el pronóstico de vida es inferior a dos semanas, por lo tanto, se mantiene hasta el mismo momento de la muerte.
- **Eutanasia:** acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente.
- **Situación agónica:** es aquella que aparece de manera gradual cuando el paciente presenta un deterioro en todas las esferas. Es necesario registrar tanto el momento de la aparición como los signos y síntomas que la caracterizan.
- **Síntoma difícil:** hace referencia al síntoma que exige intervenciones extraordinarias para poderse controlar. No todos los síntomas difíciles requieren sedación.
- **Síntoma refractario:** es aquel que no puede controlarse y provoca la necesidad de disminuir la conciencia del paciente para aliviar su sufrimiento.

Podemos considerar que un paciente se encuentra en fase final cuando no responde al tratamiento y presenta un pronóstico de vida inferior a seis meses. La enfermedad terminal

presenta una serie de etapas que son (3):

1. Etapa inicial.
2. Etapa sintomática.
3. Etapa de declive.
4. Etapa final o agónica.
5. Muerte.

El paciente terminal, en el proceso de enfermedad, vive una serie de fases que le llevan a aceptar la situación que le espera y su proceso. Estas son (9):

- Negación: es usada por el paciente a modo de defensa. Es una situación temporal que produce un aumento del sentimiento de sensibilidad del paciente ante las situaciones e individuos que le rodean. Es un mecanismo amortiguador que surge tras recibir la noticia.
- Ira: cuando el paciente atraviesa esta etapa, se halla en el momento más difícil de tratar, ya que rechaza todo aquello que esté relacionado con la vida. Surgen interrogantes en su cabeza como ¿por qué yo? Suele ser un sentimiento reprimido en el paciente.
- Negociación: durante esta fase, el enfermo cree que puede posponer el momento de su muerte. Trata de conseguir negociar una fecha para el fin de su vida, suele usar frases cortas y en ocasiones puede llegar a mostrar un comportamiento infantil.
- Depresión: el paciente comienza al tomar conciencia de que la muerte se aproxima; se encuentra decaído, experimenta episodios de profunda tristeza e incluso pierde las ganas de verbalizar su estado. En este estado comienza a ser más consciente de la proximidad de la muerte.
- Aceptación: el dolor físico y psicológico se sustituyen por soledad. Si la muerte no ha sido repentina y el paciente ha tenido oportunidad de pasar por las fases anteriores podrá experimentar esta etapa. Tratan de buscar la paz total, aunque

no siempre es conseguida por el enfermo.

2. Sedación Paliativa

2.1 Indicaciones de la sedación paliativa

Se ha de considerar como un posible tratamiento para pacientes que presentan un dolor incontrolable ([tabla 2](#)) que conlleva un gran sufrimiento, pese a haberles administrado previamente tratamientos para controlarlo (5).

Se llega a tomar la decisión de sedar a un paciente tras haber evaluado los tratamientos administrados con anterioridad. No se contempla la sedación ante la sola presencia de síntomas difíciles, puesto que estos pueden ser tratados con tratamientos alternativos que aún no hayan sido probados, como la ayuda psicológica. Por tanto, si el paciente presenta síntomas refractarios, entonces se tomará la decisión de sedar al paciente (5).

Se ha de tener claro que no se permite emplear la SP como forma de consuelo o para cesar la angustia de familiares o cuidadores, ni como “eutanasia encubierta”, ya que es un aspecto que el código deontológico no contempla (5).

2.2 Vías de acceso

Se considera la vía oral como la vía de elección principal en los pacientes paliativos, pero es cierto que esta no siempre está disponible por lo que la vía subcutánea (SC) o la vía intravenosa (IV) se convierten en las vías de elección de administración de medicamentos cuando los pacientes presentan un índice bajo de consciencia o problemas asociados a la deglución (10).

Si se habla de la vía SC algunas de las ventajas que presenta esta vía de administración es que es cómoda, poco dolorosa, se maneja fácilmente y permite administrar prácticamente todo tipo de fármacos, así como sueroterapia ([ANEXO I](#)). La vía SC permite la administración de la SP de manera continua e intermitente. Las zonas predilectas para la inserción de la vía subcutánea son el tórax, el abdomen y la zona subescapular, aunque también se puede optar por las extremidades siempre de distal a proximal. Antes de realizar la técnica se ha de explicar al paciente, si está consciente, y a los familiares el procedimiento que se va a llevar a cabo ([ANEXO II](#)) (10-14).

En cuanto a la vía IV se usa para la administración de medicación urgente, tratamientos de sueroterapia y la administración de fármacos diluidos, todo esto igual que la anterior. La canalización se realizará en las zonas periféricas o por medio de un catéter central. Es la opción más rápida dentro de las vías parenterales y presenta una absorción inmediata. A la hora de hablar de sus ventajas señalar que la vía IV permite administración de grandes volúmenes a velocidades constantes, con ella se pueden administrar fármacos que son irritantes y dolorosos si se absorben de manera intramuscular y su inicio de acción es inmediato, por otro lado, como desventajas que presenta esta vía señalar la aparición de efectos indeseados debidos a su rápida acción y las posibles irritaciones y necrosis si se extravasa (14-15).

2.3 Farmacología de la sedación.

En cuanto a los fármacos más utilizados en la SP destacan: benzodiazepinas, neurolépticos sedativos, anticonvulsivantes y anestésicos, estableciendo este orden de preferencia. Según la vía de administración presentaran unas dosis u otras (ver [tabla 1](#)) (16).

En cuanto a los benzodiazepinas, el fármaco de primera opción es el midazolam, excepto en el caso de que se presente entre los síntomas el delirium. Se puede administrar por vía intravenosa, subcutánea o endovenosa, reservado esta última para circunstancias excepcionales. La dosis diaria máxima de midazolam varía entre 150 a 200 mg (18).

Como neuroléptico contamos con la levomepromazina. Este fármaco también sustituye al midazolam si encontramos delirium en el paciente o si este primero no resulta efectivo. No pueden administrarse más de 300 mg diarios de este fármaco (17).

Por último, agrupados los anticonvulsivantes y los anestésicos, predominan el fenobarbital y el Propofol respectivamente. Se usan únicamente si los dos fármacos anteriores no resultan efectivos (18).

Orden de elección	Fármaco	SC	IV
Primera	Midazolam	Dosis de introducción 2,5-5 mg cada 4 horas en bolo, en caso de tolerancia a benzodicepinas será de 5 – 10 mg. Los rescates serán 1/6 de la dosis total diaria.	Dosis inicial 1.5-3.5 mg y repetir hasta lograr el alivio del síntoma refractario. La dosis de rescate será la misma que la de inicio.
Segunda	Levomepromazina	La dosis inicial es de 12,5-25 mg cada 6-8 horas con un techo de 100 mg diarios	Habitualmente es la mitad de la dosis por vía SC
Tercera	Propofol	No se usa en vía SC	La inducción se hace con bolos de 1-1,5 mg/kg y la dosis inicial sería de 2 mg/kg/h. Los rescates son la mitad de la dosis de introducción.

Tabla 1: Dosis y vías de administración de fármacos. Elaboración propia a partir de Moyano J, Guerrero C, Zambrano S, Hernández Á, septiembre -2016- (19).

2.3.1 Fármacos sinérgicos en la sedación

Fármaco	Familia	Uso
Hioscina	Antiespasmódico	Secreciones, estertores y coadyuvante en la sedación.
Haloperidol	Antiemético y neuroléptico	En agitación, inquietud y delirium leve.
Morfina	Opioide	Sedante. Fármaco de elección en disnea y dolor. No ha de retirarse si se usaba previamente.
Oxicodona	Opioide	Mejor tolerancia si la función renal es baja.
Metadona	Opioide	Sustituye a los opioides más fuertes como la morfina.
Ketorolaco	Opioide	Acción antiinflamatoria, en dolor moderado intenso. Reduce dolor y fiebre.
Metamizol	Pirazolona	Analgésico, antipirético y espasmolítico. En dolor agudo y fiebre.
Paracetamol	Analgésico	Alivio rápido del dolor.
Metoclopramida	Antiemético	Antiemético, usado para la prevención y control de náuseas y vómitos.
Hipodermocli- sis	Sueros fisiológicos, glucosalinos...	Permite la hidratación constante del paciente.

Tabla 2: Fármacos sinérgicos en la sedación. Elaboración propia basada en los artículos (5,12,20,21)

2.4 Hipodermocclisis en el paciente paliativo

La deshidratación es una condición seria presente en el paciente paliativo y puede ser utilizada de forma continua o intermitente y por IV o SC. Para llevar a cabo esta técnica se recomienda el uso de suero fisiológico al 0.9% y que la vía de administración sea diferente a la de los fármacos. Algunos de los signos que nos avisan de la deshidratación del paciente terminal sería la anuria o disminución de la micción, la restricción severa de líquidos, los vómitos y diarreas abundantes o la taquicardia, la fatiga y la turgencia de la piel (22-25).

Esta puede ser administrada a modo de infusión continua cada 24 horas con una velocidad de 40-60 ml/h, por la noche durante 12 horas a 80 ml/h o en bolos de 500 ml en una hora aproximadamente y no más de tres veces al día (22-25).

2.5 Administración de fármacos en bolo vs perfusión continua.

En cuanto a la administración de fármacos, en pacientes con un nivel de conciencia bajo, existen principalmente dos opciones para realizar esta acción: en bolo o mediante la infusión continua. Ver [tabla 3](#) para conocer las diferencias (10).

Diferencias entre la infusión continua y los bolos	
<i>Bolos</i>	<i>Infusión continua</i>
Efecto discontinuo de los fármacos.	Concentración del fármaco en plasma uniforme. Mejor en tratamientos prolongados
Solo permite pequeños volúmenes.	Permite volúmenes más grandes.
Mejor efecto en dolor agudo.	Peor efecto en dolor agudo.
Más manipulaciones.	Evita manipulaciones.
Menor coste.	Posibilidad de mezclar diferentes fármacos.

Tabla 3. Diferencias entre la administración en bolo y la infusión continua. Elaboración propia basada en Gomes NS, Silva AMBD, Zago LB, Silva ÉCLE, Barichello E, septiembre-octubre -2017- (10).

3. Valoración de la sedación desde el punto de vista de la enfermería.

Se valorará la sedación en aquellos pacientes que presenten una enfermedad incurable, cuyos síntomas refractarios sean incontrolables y su esperanza de vida, menor a dos semanas (23).

Los síntomas refractarios más frecuentes son el delirium, la disnea, los problemas psicológicos, el sufrimiento y el dolor. Siempre que se den estos síntomas, el personal de enfermería ha de plantear al equipo multidisciplinario la posibilidad de establecer la sedación (3).

Antes de empezar la administración de la sedación se ha de informar tanto a paciente como a familiares acerca del procedimiento que se va a llevar a cabo, por qué y los riesgos y beneficios que conlleva. Debemos asegurarnos, en todo momento, de que el paciente tiene claras las alteraciones que va a

sufrir, tanto físicas como mentales, debido a la enfermedad, y que, para evitar su sufrimiento, la mejor opción es iniciar la sedación (3).

En lo referido al consentimiento, el enfermo será titular de él siempre y cuando esté bien informado, se le considere un enfermo competente y si ha llegado a expresar en algún momento el deseo de estar más dormido para controlar mejor los síntomas. En este tipo de procedimientos, el consentimiento verbal suele ser suficiente, pero siempre se ha de dejar constancia en la historia clínica de que se ha llevado a cabo el proceso de información y que este la ha aceptado (3).

Por el contrario, si al enfermo no se le considera competente, se debe comprobar, antes de dejar que la familia decida por él, si dejó constancia en el Registro de Voluntades Anticipadas sus deseos en lo referido al final de la vida y quién es su representante. Si no hubiera ninguna voluntad escrita, se hablará con la familia y, respetando sus creencias, valores y deseos, se planteará la situación y las posibilidades existentes, y serán ellos quienes decidan si llevar a cabo o no la sedación (3).

En cuanto al equipo de enfermería, será el encargado de aplicar el Plan de Actuación Enfermera (PAE) durante todo el proceso de la sedación, monitorizará al paciente y llevará un registro de todas las intervenciones realizadas a lo largo del turno. El PAE (ver [tabla 4](#)) deberá englobar el cuidado de la vía aérea, vigilando que no haya broncoaspiraciones o acúmulos de secreciones, y un control de la piel, procurando mantener la integridad. Se vigilarán las complicaciones vasculares (flebitis) y las urinarias (las retenciones urinarias son un indicador de que el paciente está en sus últimos días) (18-19,24).

Asimismo, el equipo de enfermería no solo será encargado de los cuidados establecidos en el PAE, sino que considerará el control de la ansiedad y la preocupación de la familia y se asegurará en todo momento de que el nivel de sedación es óptimo, usando para ello las escalas Ramsay, Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) y Palliative Performance Status (PPS) (18-19).

NANDA	NOC	NIC
00031 limpieza ineficaz de vías aéreas r/c retención de secreciones, disfunción muscular y secreciones bronquiales.	Control de la aspiración. (identificar factores de riesgo, incorporar para beber o comer) Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas (ausencia de fiebre, ansiedad o asfixia)	Aspiración de las vías aéreas
00108 déficit de autocuidado: alimentación, baño/higiene r/c debilidad, deterioro muscular, dolor, malestar.	Cuidados personales: actividades de la vida diaria. Cuidados personales: comer	Cuidados en la alimentación (ayudar a comer, identificar la dieta adecuada...) Ayuda en la higiene personal (ayudar en el aseo personal)
00095 deterioro del patrón del sueño trastorno de la calidad y cantidad del sueño r/c dolor, temor o pensamientos repetitivos de amenaza	Control de ansiedad. Mejorar el descanso. Aumentar el nivel de comodidad. Control del nivel de dolor.	Manejo del dolor. Manejo de la medicación. Aumentar el afrontamiento.
00047 riesgo de deterioro de la integridad de la piel r/c inmovilidad física.	Integridad tisular valorar temperatura, sensibilidad, elasticidad, hidratación, ausencia de lesión, piel intacta	Prevención de las UPP.

NANDA	NOC	NIC
00040 riesgo de desuso r/c inmovilización mecánica, inmovilización prescrita, trastornos cognitivos.	Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas (úlceras por presión, estreñimiento, fiebre...). Consecuencias de la inmovilidad psicocognitivas (alerta disminuida, orientación disminuida, trastorno del sueño). Nivel de movilidad.	Precauciones del embolismo. Manejo de energía.
00053 aislamiento social r/c conducta socialmente inadecuada, alteración del estado mental.	Implicación social. Soporte social.	Protección de la socialización. Aumento de los sistemas de apoyo.
00015 riesgo de estreñimiento r/c actividad física insuficiente, medicación.	Eliminación intestinal.	Manejo del estreñimiento. Manejo de líquidos. Manejo de dieta.
00045 deterioro de la mucosa oral r/c disminución de la salivación.	Integridad de la mucosa oral. Limpieza de boca. Lesiones de la mucosa.	Mantenimiento de la salud bucal. Manejo de líquidos.
00147 ansiedad ante la muerte, opresión, preocupación o miedo.	Control del miedo. Control de la ansiedad.	Cuidados ante la agonía. Disminución de la ansiedad.
00032 patrón respiratorio ineficaz r/c hiperventilación, posición corporal, dolor.	Control de la ansiedad. Estado de los signos vitales.	Oxigenoterapia. Monitorización terapéutica.

Tabla 4: PAE paciente paliativo. Elaboración propia basada en Rodríguez JC, -2014- (22).

4. Escalas utilizadas en la sedación paliativa

4.1 Escala Ramsay

La escala Ramsay es utilizada en la sedación como una herramienta con la que podemos evaluar el nivel de sedación del paciente en el proceso de titulación de la dosis y a lo largo del proceso de sedación. La escala consta de seis niveles distintos (I a VI) que nos sirven para saber si el paciente necesita o no una mayor dosis de fármacos para inducirlos por completo en la sedación (26,27).

El personal de enfermería ha de ser capaz de identificar, en cada momento, en qué nivel de la escala se encuentra el paciente y, además, de administrar los fármacos necesarios, según pauta médica, a fin de mantener el nivel de conciencia nulo ([ANEXO III](#)) (26,27).

4.2 Escala RASS

La escala Richmond de sedación – agitación (RASS) es otra de las utilizadas en el ámbito de la sedación. Esta escala mide los niveles de agitación y de sedación en el paciente a partir de parámetros que no requieren la actuación del propio paciente. La puntuación va de -5 (paciente que no responde a ningún tipo de estímulo físico o la voz) a +4 (paciente que responde a los dos estímulos anteriores). Se considera una escala fácil de usar y que no requiere mucho tiempo para llevarla a cabo ([ANEXO IV](#)) (17, 19, 26, 28-30).

4.3 Escala PPS

Encontrar la manera de poder predecir la supervivencia del paciente terminal ha sido siempre un tema de suma importancia a la hora de tomar decisiones. La escala PPS ayuda a estimar la supervivencia, debido a que analiza los signos y síntomas clínicos que han demostrado tener influencia en el pronóstico de supervivencia. Un bajo índice en la escala PPS predice que el tiempo de supervivencia es corto; por el contrario, tener un PPS alto no garantiza que el tiempo de vida vaya a ser prolongado, pero sí es cierto que la reducción del mismo predice una disminución en el pronóstico de vida ([ANEXO V](#)) (31).

5. Equipo multidisciplinario sanitario en paciente paliativo

La valoración del paciente paliativo antes y después de la sedación, consiste en hablar acerca de la importancia de tener un buen equipo multidisciplinario que nos apoye y nos guíe en la toma de decisiones (ver [figura 1](#)). Este equipo ha de estar formado por (32-34):

- Médicos que pertenezcan a distintas disciplinas dentro de la medicina para poder así abarcar cualquier tipo de complicación o síntoma que presente el paciente en cualquier momento de la enfermedad.
- Enfermeros y auxiliares de enfermería, que brindan los cuidados necesarios que precisa el paciente en todo momento. Trabajan diariamente juntos y son los que detectan principalmente las complicaciones que presentan los pacientes a lo largo de su enfermedad.
- Fisioterapeutas, que imparten terapias de rehabilitación dentro de las posibilidades del paciente, siempre y cuando sea posible por su estado de salud.
- Psicólogos, que proporcionan apoyo emocional no solo a los pacientes sino también a los familiares. Ayudan en el proceso de aceptación de la enfermedad y posteriormente en el proceso de duelo.
- Farmacéuticos: proporcionan los fármacos y fórmulas magistrales necesarios para llevar a cabo los tratamientos pautados.
- Voluntarios: sirven como punto de apoyo a pacientes y familiares. Permitiendo a los primeros tener compañía con la que hablar cuando están solos y a los segundos que tengan la posibilidad de descansar tras largas jornadas en el hospital.
- Equipo pastoral: llevan a cabo los rituales propios de cada religión siempre que sean solicitados por el enfermo o los familiares y atienden necesidades espirituales.

- La familia: es un eje imprescindible en todo el proceso de enfermedad. Estos actúan como fuente de apoyo principal para con el enfermo, por lo que hay que hacerles sentir útiles en todo momento y hacerles ver que son necesarios en todo el proceso.

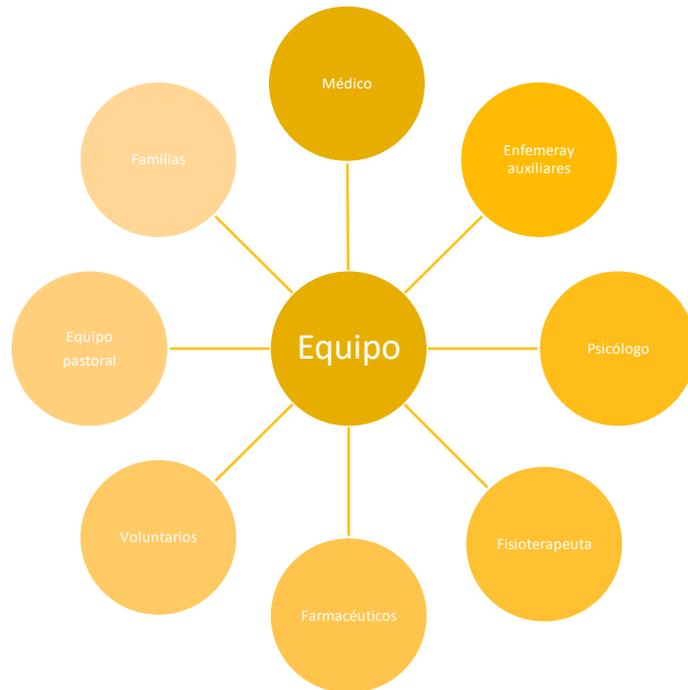


Figura 1: Representación del equipo multidisciplinario en CP. Elaboración propia.

6. Comparativa eutanasia y sedación

6.1 Aspectos éticos y legales

Cuando se toma la decisión de llevar a cabo la sedación al final de la vida, suelen surgir unas dudas legales por parte de los familiares. A día de hoy, siguen surgiendo debates acerca de si se ha de considerar o no la sedación como una forma de eutanasia o si, por el contrario, es una intervención totalmente legal (4,35)

Es de suma importancia que la diferencia entre ambos procedimientos quede clara. La eutanasia supone el final de la vida de manera intencionada y es un deseo que expone el paciente, mientras que la sedación es una alternativa al sufrimiento que provocan los síntomas refractarios y su objetivo no es en ningún momento la muerte (18,36).

Para establecer las diferencias entre ambos términos, sería conveniente la distinción entre intención, acción y resultados. La eutanasia supone acabar con el dolor del paciente a través de la muerte de manera intencionada. La sedación implica eliminar todo sufrimiento causado por un síntoma refractario a través de la disminución del nivel de conciencia del paciente; la muerte es secundaria a la enfermedad y no es conseguida por la sedación (37,38).

Por último, con respecto a la eutanasia, se eligen los fármacos y las dosis letales necesarias para conseguir la muerte del paciente; en la sedación, se eligen los fármacos y las dosis de manera individualizada para conseguir un buen control y en la eutanasia el objetivo es la muerte y en la sedación paliativa es el control de los síntomas (6).

Justificación

El papel de la enfermería en el paciente terminal es fundamental por lo tanto debemos asegurarnos de que todo aquel profesional que este a su cargo esté debidamente formado. La sedación paliativa es un procedimiento que está a la orden del día y del que no todos los profesionales de enfermería tienen un adecuado conocimiento (3,5).

Saber identificar cual es el momento en el que se debe proponer o administrar la sedación, la vía de administración adecuada, conocer qué fármacos sinérgicos son óptimos en el paciente ya sedado o como poder identificar si la sedación está adecuadamente realizada y el paciente está respondiendo adecuadamente a la misma, son unas de las actitudes que ha de tener una enfermera que se encuentre en una unidad de cuidados paliativos (4,5).

La educación, en estos aspectos, que se le puede proporcionar al equipo de enfermería es esencial para poder asegurarnos por un lado, que el procedimiento se va a llevar a cabo de manera efectiva, eficaz y evitando que se cometan errores perjudiciales para la salud del paciente. Y por otro lado, el educar a los profesionales en este ámbito nos va a garantizar que se les proporcionarán los cuidados que necesita el paciente paliativo así como, se conseguirá inculcar en el profesional unos conocimientos básicos de actuación ante cualquier alteración o problemática que nos presente tanto el paciente como el proceso de la sedación (3-5).

Población y captación

Población diana

Con fecha de 2018 la comunidad de Madrid cuenta con más de 52000 profesionales de enfermería de entre los cuales un gran porcentaje se encuentran trabajando en atención primaria. Estos profesionales en muchas ocasiones son los encargados de administrar la sedación a los pacientes que optan por quedarse en el domicilio a pasar sus últimos días. Por tanto, este proyecto educativo, va dirigido a ayudar a todos aquellos profesionales de enfermería que se enfrentan a pacientes en situación terminal, los cuales se han enfrentado o no antes a la administración de la sedación paliativa en los mismos.

A este proyecto también podrán acudir todos los alumnos que se encuentren realizando prácticas en atención primaria.

Se realizará en el Hospital 12 de octubre, situado en la Comunidad de Madrid. Este hospital cuenta con un Equipo de Soporte Hospitalario de Paliativos (ESHP) que trabaja de manera conjunta con el Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD). La elección de esta población viene dada por la necesidad de formación, en el ámbito extrahospitalario, en cuidados paliativos. Se dará la posibilidad de acudir al taller, a aquellos profesionales de enfermería que trabajen en el hospital 12 de octubre y que estén interesados en el tema.

Por tanto, los criterios de inclusión son:

- Poseer el título acreditativo de personal de enfermería.
- Ser estudiante de enfermería o ser EIR de Enfermería familiar y comunitaria.
- Trabajar en atención primaria.

Captación

Para la captación se llevarán a cabo dos métodos distintos:

En primer lugar, la captación indirecta. La metodología utilizada en este caso será la difusión de la información entre el propio personal sanitario. Para ello, la información será enviada a los directores de los centros de atención primaria (AP) y estos serán los encargados de comunicar la información al personal. La finalidad es que todos los profesionales sean informados.

Se les aportará a los supervisores de enfermería toda la información necesaria para la inscripción. Estos deberán acceder a un enlace que se encuentra disponible en los correos corporativos de los empleados de AP. Solo han de rellenar los datos y una vez completada toda la información ya estarán inscritos al taller.

Por otro lado, se realizará la captación directa. Para ellos se utilizarán los carteles informativos ([ANEXO VI](#)) creados para promocionar el taller. Este se encontrará en todos los centros de AP y será enviado a los correos corporativos para conseguir la máxima difusión posible.

Todas estas técnicas se realizarán dos meses antes de que el taller se lleve a cabo para poder llegar al máximo público posible. Con este taller se busca reforzar o incrementar los conocimientos y habilidades de los profesionales.

El número de participantes estimados por turno es de 10 personas y se encargarán de ir a informar al centro una de las dos enfermeras encargadas de impartir el taller.

Objetivos

Objetivo general

Formar a los profesionales de enfermería, en atención primaria, para ser capaces de realizar una sedación paliativa, identificando su correcto uso y las necesidades del paciente durante la misma.

Objetivos específicos

El proyecto educativo va enfocado a que los profesionales conozcan e identifiquen los principales fármacos y los efectos de los mismo, en el paciente durante el proceso de sedación, a que sepan identificar cuándo se está realizando una buena sedación y cuando no y a conocer el adecuado manejo de la vía subcutánea.

Área de conocimientos

El profesional de enfermería será capaz de:

- Explicar cuándo se decide llevar a cabo la sedación paliativa y por qué, siempre autorizada por el facultativo médico.
- Citar los principales fármacos usados y los efectos que tienen en el paciente.
- Conocer las diferencias entre la administración en bolo y continua.
- Identificar el adecuado uso y manejo de la vía subcutánea.
- Comprender las diferentes escalas para una buena sedación.
- Señalar las diferencias con la eutanasia.

Área emocional

El profesional de enfermería será capaz de:

- Identificar las necesidades emocionales del paciente y familiares.
- Demostrar el sentimiento desconocimiento sobre el tema.
- Tranquilizar a los familiares.

Área de habilidades

El profesional de enfermería será capaz de:

- Saber cómo canalizar una vía subcutánea y su mantenimiento.
- Saber actuar si se considera que la sedación no está bien hecha.
- Registrar adecuadamente los medicamentos administrados.
- Llevar un adecuado control de la vía subcutánea.
- Explicar por qué la sedación no es una eutanasia.

Contenidos

Los contenidos que se impartiran en este proyecto van a tratar de resolver todas las dudas que puedan tener los enfermeros en su día a día cuando tengan que llevar a cabo dicho procedimiento. Se tratará de explicar todo de manera clara y concisa de manera que toda la información dada se pueda usar como una guía rápida de sedación.

Sesion 1	Introducción al taller. Exposición de la importancia del manejo de la SP y la vía subcutánea en el domicilio. Conceptos básicos de la sedación paliativa.
Sesion 2	La vía subcutánea.
Sesion 3	Fármacos en la sedación. <ul style="list-style-type: none">- Fármacos principales en la sedación paliativa.- Fármacos sinérgicos en la sedación paliativa.- Diferencias entre la sedación continua e intermitente.
Sesion 4	Valoración de la sedación paliativa desde el punto de vista de la enfermería. <ul style="list-style-type: none">- Diagnósticos del paciente paliativo.- Escalas para una correcta sedación.- El equipo multidisciplinario.
Sesion 5	Diferencias entre sedación paliativa y eutanasia.

Sesiones, técnicas a emplear y utilización de materiales

Planificación general

El proyecto educativo se va a organizar en 5 sesiones educativa siguiendo el modelo de cronograma expuesto más abajo. Este se realizará los días 13,14,15,16, y 17 de abril de 2021, durará aproximadamente dos horas, con un descanso de 15 minutos tras la primera hora. Se impartirá en dos turnos, uno de mañana de 10 a 12:15 y otro de tarde de 16:00 a 18:15. El grupo estará formado por un máximo de 10 personas por grupo y será impartido por dos enfermeras especializadas en cuidados paliativos que se repartirán el temario. El lugar dónde se impartirán las sesiones será en un aula habilitada del hospital.

HORARIO	TEMA	CONTENIDOS
13 de abril del 2021		
SESION Nº1: Conceptos básicos de la sedación paliativa.		
10:00-10:20 16:00-16:20	Introducción	Presentación de los docentes. Técnica de iniciación grupal. Realización de pre-test.
10:20-10:45 16:20-16:45		Conocer que saben los asistentes de los CP.
10:45-11:00 16:45-17:00	DESCANSO	DESCANSO
11:00-11:20 17:00-17:20	Conceptos básicos en CP	Explicar definiciones y conceptos generales.
11:20-11:40 17:20-17:40	Conceptos básicos en CP	Explicar etapas y fases del paciente paliativo
11:40-12:00 17:40-18:00		Dudas Preguntas Conclusiones

14 de abril del 2021		
SESION N°2: Las vías de administración de fármacos.		
10:00-10:20 16:00-16:20	Vías de administración	. La vía subcutánea.
10:20-10:45 16:20-16:45	Vías de administración	La vía intravenosa.
10:45-11:00 16:45-17:00	DESCANSO	DESCANSO
11:00-11:20 17:00-17:20	Vías de administración	Procedimientos de canalización.
11:20-11:40 17:20-17:40	Vías de administración	Mantenimiento de vías.
11:40-12:00 17:40-18:00		Dudas Preguntas Conclusiones
15 de abril del 2021		
SESION N°3: Fármacos en la sedación.		
10:00-10:20 16:00-16:20	Farmacología	. Explicar cuando se inicia la SP.
10:20-10:45 16:20-16:45	Farmacología	Fármacos y dosis en la SP.
10:45-11:00 16:45-17:00	DESCANSO	DESCANSO
11:00-11:20 17:00-17:20	Farmacología	Fármacos sinérgicos en la SP..
11:20-11:40 17:20-17:40	Farmacología	Diferencias entre sedación continua e intermitente.
11:40-12:00 17:40-18:00		Dudas Preguntas Conclusiones

16 de abril del 2021		
SESION N°4: La enfermería en la sedación.		
10:00-10:20 16:00-16:20	Enfermería	Papel de la enfermería en la CP.
10:20-10:45 16:20-16:45	Enfermería	Diagnósticos en el paciente paliativo.
10:45-11:00 16:45-17:00	DESCANSO	DESCANSO
11:00-11:20 17:00-17:20	Enfermería	Escalas de valoración
11:20-11:40 17:20-17:40	Enfermería	El equipo multidisciplinario
11:40-12:00 17:40-18:00		Dudas Preguntas Conclusiones
17 de abril del 2021		
SESION N°5: Diferencias entre sedación paliativa y eutanasia.		
10:00-10:20 16:00-16:20	Bioética	Explicar la SP.
10:20-10:45 16:20-16:45	Bioética	Explicar la eutanasia
10:45-11:00 16:45-17:00	DESCANSO	DESCANSO
11:00-11:20 17:00-17:20	Bioética	Diferencias entre ambas Dudas Preguntas
11:20-12:00 17:20-18:00		Realización de post-test Cierre de taller

Modelo de cronograma sesiones del turno de mañana y tarde.

Técnicas a emplear

Técnicas de investigación en el aula

Se busca que los asistentes expresen todas sus dudas acerca del tema que vamos a tratar en la sesión del día, con esto se irán resolviendo todas aquellas dudas o preguntas que les vayan surgiendo a lo largo de las sesiones, así mismo se les ayudará a expresar como se sienten ante la situación que van a afrontar. En este tipo de técnica, se utilizará fundamentalmente la charla - coloquio.

Técnicas expositivas

Con ellas se pretenden afianzar y reorganizar los conocimientos adquiridos con anterioridad y conseguir fijar nuevos. El método que predomina es la charla participativa.

Técnicas de análisis

Será utilizada para poder analizar y reflexionar sobre diferentes aspectos que se van a abordar durante las sesiones y los conocimientos expuestos en ellas. Con esta técnica se abordará el área cognitiva y afectiva, para trabajarlas se analizarán casos expuestos en vídeos.

Técnicas para el desarrollo de habilidades

Gracia a esta técnica, conseguiremos reforzar las habilidades teórico-prácticas de los integrantes del grupo. Para poder conseguir el objetivo realizaremos diferentes ejercicios prácticos.

Recursos humanos

Para poder llevar a cabo las sesiones expuestas en el proyecto educativo, se necesitará dos enfermeras especializadas en los cuidados paliativos.

Materiales y recursos que emplear

- Sala habilitada para impartir las sesiones.
- Papel y bolígrafos.
- Pre- test y post- test.
- Ordenador con altavoces para las proyecciones.
- Material necesario para canalizar vía subcutánea.
- Proyector y pantalla.
- Pizarra y tiza.
- Presentación en *Power Point*.
- Contenidos de las sesiones impresos.
- Carteles para la captación de los participantes.

Sesiones

Sesión 1: Conceptos básicos de la sedación paliativa.

Al iniciar la sesión, se llevará a cabo una técnica de iniciación grupal en la cual los componentes del grupo se irán presentando con el fin de crear así un ambiente de confianza y relajación entre ellos. Estos tendrán que decir su nombre, su lugar y puesto de trabajo y qué esperan de este taller.

Se explicará el cronograma que se va a seguir en todas las sesiones, así como el contenido a tratar. Antes de empezar los primeros contenidos de la primera sesión, se les hará entrega de un pre-test en el que se valorarán los conocimientos iniciales que tienen del tema.

En cuanto a los contenidos, se comenzará haciendo una introducción de los cuidados paliativos, para ellos se darán una serie de definiciones, conceptos básicos y se explicarán las diferentes fases y etapas por las que pasa el paciente terminal en sus últimos días.

Al finalizar la explicación de los contenidos, se realizará una charla- coloquio en la que se aclararán las posibles dudas y se compartirán opiniones.

Profesional docente: Dos enfermeras especializadas en cuidados paliativos				
Objetivos:				
<ul style="list-style-type: none"> - Conocer qué saben los asistentes acerca de la enfermedad terminal. - Explicar unos conceptos generales relacionados con el paciente paliativo. - Explicar las etapas de la enfermedad terminal. - Explicar las fases del proceso de enfermedad. 				
Contenidos	Métodos	Materiales	Tiempo	Evaluación
Conceptos básicos de la enfermedad terminal y el paciente paliativo.	Tormenta de ideas	Pizarra Tizas Documentación Papel Bolígrafos	45 minutos	Preguntas abiertas. Pre test.
	Charla – coloquio.		1 hora y 15 minutos.	

Tabla 5: Cronograma general sesión 1. Elaboración propia

Sesión 2: Las vías de administración de fármacos.

El segundo día se hablará de las vías de administración de los fármacos en la sedación paliativa.

La explicación se realizará mediante una presentación en *Power Point* en el que se incluirán fotos y los profesionales se apoyarán del material necesario para canalizar ambas vías. Este será pasado entre los participantes y se realizarán preguntas acerca de los mismos. Por otro lado, se utilizarán videos como material de apoyo en la explicación de la canalización y mantenimientos de las vías.

Al finalizar la sesión, se realizarán una serie de preguntas abiertas para comprobar que se han conseguido afianzar los conceptos básicos esperados en esta sesión, así mismo, se resolverá cualquier duda que haya podido surgir.

Profesional docente: Dos enfermeras especializadas en cuidados paliativos				
Objetivos:				
<ul style="list-style-type: none"> - Explicar la utilidad de la vía subcutánea e intravenosa - Explicar el procedimiento de canalización. - Explicar mantenimiento de la vía subcutánea. 				
Contenidos	Métodos	Materiales	Tiempo	Evaluación
Manejo y utilidad de las vías	Presentación en <i>Power Point</i> .	Ordenador Proyector Pantalla Material para canalizar vía subcutánea e intravenosa	1 hora y 15 minutos.	Preguntas abiertas.
	Videos explicativos. (ANEXO VII)	Documentación Papel Bolígrafos	45 minutos	

Tabla 6: Cronograma general sesión 2. Elaboración propia

Sesión 3: Fármacos en la sedación.

En la tercera sesión, se hablará de los fármacos utilizados en la sedación paliativa.

Al comenzar la sesión se les pedirá a los asistentes que mencionen los fármacos que conozcan o crean que se usan en la sedación paliativa. Una vez realizado este ejercicio mediante una técnica expositiva, pasaremos a explicar las dosis y fármacos principales y posteriormente los fármacos sinérgicos en la sedación y los síntomas que estos tratan.

Al finalizar la explicación, se pasará a realizar una serie de ejercicios de prácticos (cálculo de dosis, casos...) para comprobar que se han afianzado los conocimientos. Cuando estos se hayan completado, se pondrán en común las respuestas.

Una vez realizado todo lo anterior, se pasará a resolver todas las dudas que hayan podido surgir durante la explicación o durante la realización de los ejercicios prácticos.

Profesional docente: Dos enfermeras especializadas en cuidados paliativos				
Objetivos:				
<ul style="list-style-type: none"> - Explicar cuando se inicia la sedación paliativa. - Explicar los fármacos y dosis necesarios para la sedación. - Explicar los fármacos y dosis sinérgicos en la sedación. - Explicar las diferencias entre la sedación continua e intermitente. 				
Contenidos	Métodos	Materiales	Tiempo	Evaluación
Conocer los diferentes fármacos y su administración en la sedación paliativa	Presentación <i>Power point.</i>	Ordenador Proyector Pantalla Documentación Papel	1 hora y 15 minutos	Cuestionario
	Ejercicio práctico.	Bolígrafos Pizarra tizas	45 minutos	

Tabla 7: Cronograma general sesión 3. Elaboración propia

Sesión 4: Valoración de la sedación paliativa desde el punto de vista de la enfermería.

En esta sesión hablaremos del papel que tiene la enfermería en la sedación paliativa, así como del equipo multidisciplinario.

Partiremos exponiendo los diagnósticos de enfermería que presenta el paciente paliativo. Por tanto, como actividad, realizaremos un PAE completo de él entre todos los asistentes presentes en el taller.

Una vez realizado el PAE y comentado, pasaremos a hablar de las escalas de valoración que son utilizadas para conocer si se está haciendo una buena sedación o no. Para poner en práctica estos conocimientos realizaremos un *role play* entre los asistentes donde unos harán de pacientes y otros de enfermeros y tendrán que saber aplicar las escalas enseñadas y se realizarán.

Hablaremos acerca del equipo multidisciplinar y de la importancia del trabajo en equipo en este tipo de técnica y de paciente.

Por último, se harán una serie de preguntas acerca de todo lo impartido en la sesión y se resolverán las posibles dudas que hayan ido surgiendo.

Profesional docente: Dos enfermeras especializadas en cuidados paliativos				
Objetivos:				
<ul style="list-style-type: none"> - Conocer el papel de la enfermería en la sedación paliativa. - Diagnósticos del paciente paliativo. - Explicar las escalas de evolución para una correcta sedación. - El equipo multidisciplinario. 				
Contenidos	Métodos	Materiales	Tiempo	Evaluación
Diagnósticos de enfermería, escalas y las funciones del equipo multidisciplinario	Presentación <i>Power Point.</i>	Ordenador Proyector pantalla Documentación Papel	45 minutos	Preguntas abiertas.
	<i>Role play.</i>	Bolígrafos	1 hora y 15 minutos.	

Tabla 8: Cronograma general sesión 4. Elaboración propia

Sesión 5: Diferencias entre la sedación paliativa y la eutanasia.

En la última sesión del taller, buscaremos aclarar las diferencias entre la sedación paliativa y la eutanasia.

Para ello, comenzaremos explicando que es la eutanasia, señalaremos los matices que hacen que se diferencien una acción de la otra y, por último, expondremos las diferencias éticas que se encuentran entre ambas.

Al finalizar la explicación resolveremos las dudas creadas y como forma de poner fin al taller, realizaremos una pequeña conclusión de todo lo hablado en las sesiones y pasaremos un post- test y un test de satisfacción, entre los asistentes, siendo este último anónimo para conocer los conocimientos que han obtenido y su opinión acerca del taller.

Profesional docente: Dos enfermeras especializadas en cuidados paliativos

Objetivos:

- Explicar que es la eutanasia.
- Explicar los aspectos éticos de la eutanasia
- Explicar los aspectos éticos de la sedación paliativa.
- Aclarar las diferencias entre la sedación paliativa y eutanasia.

Contenidos	Métodos	Materiales	Tiempo	Evaluación
Aspectos éticos y generales de la eutanasia, aspectos éticos de la sedación paliativa y diferencias entre ambos	Presentación <i>Power Point</i>	Ordenador Proyector Documentación Papel Bolígrafos	45 minutos	Preguntas abiertas. Post test.
	Técnica expositiva			
			1 hora y 15 minutos.	

Tabla 9: Cronograma general sesión 5. Elaboración propia

Evaluación

Evaluación de la estructura y proceso

Se llevará a cabo la evaluación del proyecto educativo, por parte del personal encargado de la docencia en el hospital, evaluará de manera cuantitativa del 1 al 10, donde 1 hace referencia a muy mal, 5 a mejorable y 10 a muy bien, en el cual se valorará el lugar, el material utilizado y la infraestructura utilizada durante todas las sesiones. Los docentes verificarán en número de asistentes y el control de la asistencia de los mismos mediante una hoja de asistencia ([ANEXO VIII](#)). Con esta medición cuantitativa se podrá valorar el compromiso de los asistentes y los grupos de interés que acuden al taller (alumnos, enfermeros, médicos...) Al finalizar, se evaluará este apartado tal y como se explica al principio. En esta misma

evaluación, se plantearán las sesiones clínicas que se van a exponer y se valorará la posibilidad de realizar algún cambio en el contenido. En el caso de no tener que realizar ningún cambio en nada de lo mencionado anteriormente se podrá llevar a cabo el proyecto educativo lo antes posible.

La evaluación de todo el proyecto educativo correrá a cargo de los profesionales de enfermería que imparten en el proyecto, cada uno de ellos valorará una serie de ítems que influyen en que este se puede llevar de la mejor manera posible. La evaluación será cuantitativa en todo momento, se valorará el lugar en el que se realizan las sesiones, señalando si la temperatura es óptima, si el mobiliario es el apropiado, así como el material tecnológico que se utiliza, se evaluará también la dinámica de las sesiones, si se han producido incidencias durante las sesiones, qué consideran que ha llamado más la atención y las posibles mejoras que se podrían efectuar. Esta evaluación, la cual se realizará de manera cuantitativa a partir de un cuestionario ([ANEXO IX](#)), requiere que sea continuada, se han de ir tomando notas durante todas las sesiones y precisa a su vez tener en cuenta la opinión de los participantes para conocer qué creen ellos que se puede cambiar o mejorar. Aunque la duración de las sesiones esté establecida podrá ser modificada en función de las intervenciones que realicen los participantes o en el caso de que el contenido sea demasiado extenso o demasiado corto.

Todos los profesionales que hayan participado en este proyecto realizarán un pre-test ([ANEXO X](#)) en el que evaluarán, de forma cuantitativa, una serie de ítems acerca de sus conocimientos y sobre lo que esperan del proyecto educativo que se les va a impartir y al final del curso realizarán un post-test ([ANEXO X](#)), cualitativo, en el que responderán una serie de preguntas para conocer si se han cumplido las expectativas que tenían en el proyecto, conocer qué consideran que han sido los puntos fuertes y débiles, así como si consideran que ha sido un proyecto útil o no. A su vez, todos los asistentes contestarán unas preguntas al finalizar las sesiones en las que valorarán aspectos de la sesión, del entorno, cómo se ha impartido la teoría, si consideran que se necesita reforzar algún punto y si se les ocurre como mejorar algo de lo impartido o como se ha impartido el proyecto ese día. Al finalizar el taller, rellenarán una encuesta en la que se evaluará, de manera cuantitativa, el grado de satisfacción ([ANEXO XI](#)).

Evaluación de resultados

Los participantes realizarán un test, que se evaluará de forma cuantitativa, para comprobar los conocimientos adquiridos ([ANEXO XII](#)). Se realizarán diferentes preguntas sobre todo lo abordado en el taller y cada una de ellas dispondrá de tres opciones de las cuales solo una es correcta. El test constará de 13 preguntas y se podrá obtener un total de 10 puntos ya que todas tendrán un valor proporcionado.

Bibliografía

1. Organización mundial de la salud. [Internet]. Europa: Organización mundial de la salud; 2018 [actualizada 18 de febrero de 2018; acceso (12 de octubre de 2019)]. Cuidados paliativos. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
2. Alves JDS, de Menezes MB. Dysthanasia: nursing professionals' perception. *Rev Lat-Am. Enferm.* 2009; 17(4): 443-8.
3. Fisterra.com [Internet]. España: Fisterra; 2020 [acceso 27 septiembre 2019]. Sedación paliativa. [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/sedacion-paliativa/>.
4. Adán JC, Cuadrado DP, García ÁH , Peciña DM, Herrero. El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento. *Med Segur Trab.* 2007; 53(208): 2-24.
5. Tapiero AA. La sedación terminal. Aspecto ético. *An Med Interna.* 2003; 20(12): 645-91.
6. Nogueira L, Sakata K. Palliative Sedation of Terminally ill Patients. *Rev Bras Anesthesiol.* 2012; 64(2): 1-7.
7. Lavernia HHC, Morgado DM. Reflexiones éticas sobre la sedación paliativa en enfermos terminales. *Rev Hum Med.* 2016; 16(1): 175-92.
8. Del Rosario B, Fraile AA. Fundamentos y objetivos de los cuidados paliativos. *Aten Primaria.* 2002; 29(1): 50-2.
9. Perez BH, Lopez CL, Rodriguez MAG. Vía subcutánea. Utilidad en el control de síntomas del paciente terminal. *Medifam.* 2002; 12(2): 104-10.
10. Gomes S, Bernardes da Silva AM, Zago LB, de Lima e Silva EC, B. Nursing knowledge and practices regarding subcutaneous fluid administration. *Rev Bras de Enferm.* 2017; 70(5): 1096-105.
11. Chirivella CM, Lucena FJR, Tamargo S, Lopez ACM, Ruiz N. Administración de medicamentos por vía subcutánea en pacientes paliativos. *Farm Hosp.* 2015; 39(2): 71-9.
12. Twycross R. Reflections on palliative sedation. *Palliative care: Research and Treatment.* 2018; 00(0): 1-16.
13. Elsevier. [Internet]. España: Elsevier; 2017 [actualizada 16 de enero de 2018; acceso (27 de octubre de 2019)]. Vía parenteral: 4 formas de administración de inyectables [aprox.

- 1 pantalla]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/via-parenteral-4-formas-de-administracion-de-inyectables>.
14. Fisterra.com. [Internet]; 2011 [actualizada 15 de septiembre de 2011; acceso (17 de enero de 2020)]. Administración parenteral de medicamentos: la vía intravenosa (el goteo intravenoso). Disponible en: <https://www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/tecnicas-atencion-primaria/administracion-parenteral-medicamentos-via-intravenosa-el-goteo-intravenoso/>.
 15. Sakata RK. Analgesia and sedation in intensive care unit. *Rev Bras de Anesthesiol*. 2010; 60(6): 648-58.
 16. Govern de les Illes Balears. Guía de sedación paliativa. [Internet]. España; 2016. [acceso 10 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST3145ZI147433&id=147433>.
 17. OMC y SECPAL. Guía de sedación paliativa. [Internet]. España; 2011. [actualizado 29 de octubre de 2011; acceso (5 de noviembre de 2019)]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_sedacion_paliativa.pdf.
 18. KNMG. Guideline for Palliative Sedation. [Internet]. Utrecht; 2009. [acceso 10 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www.palliativedrugs.com/download/091110_KNMG_Guideline_for_Palliative_sedation_2009__2_%5B1%5D.pdf.
 19. JM, CG, SZ, AH. Anestesiología y sedación paliativa: pertinencia, aspectos éticos y clínicos. *Rev colomb anestesiología*. 2006; 34(3): 120-74.
 20. Voeuk A, Oneschuk D. Continuous palliative sedation therapy. *Can Fam Physician*. 2014; 60(9):813-15.
 21. De los Santos H, Frugoni B, Guedes B, Redin A. Decision making on refractory pain in a young oncological patient. *LatinRev*. 2019; 8(1): 91-8.
 22. Yuste JCR. Plan de cuidados: paciente paliativo con dolor total. *Reduca*. 2014; 6(2): 37-69.
 23. Garcia JLS, Perez L, Albuérne B, Cabrera RF, Morgado DM. Midazolam en la sedación paliativa terminal de pacientes con cáncer. *Rev Cubana Med*. 2011; 50(4): p. 359-75.
 24. Perera AH, CHS, Perera AH. Hipodermoclisis en pacientes con cáncer terminal. *Rev Cubana Med*. 2011; 50(2): p. 150-6.
 25. Sessler CN, Grap MJ, Ramsay MA.. Evaluating and monitoring analgesia and sedation in the intensive care unit. *Crit Care*. 2008; 12(3): 2-10.

26. Rasheed AM, Amirah MF, Abdallah M, Issa M, Alharthy A.. Ramsay sedation scale and richmond agitation sedation scale. *Dimens crit care nurs.* 2019; 38(2): 90-5.
27. SHB, PAG, MNY, Z, SJZ, JLP. The Richmond Agitation-Sedation Sacale modified for palliative care inpatientes (RASS-PAL): a pilor study exploringvalidity and feasibility in clinical practice. *BMC Palliative Care.* 2014; 13(17): 1-9.
28. Kerson AG, RD, EM, CJ, LMG, BMG, et al. Validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) in critically ill children. *J Intensive Care.* 2016; 4(65).
29. EWE, BT, AS, JWT, APW, G, et al. Monitoring Sedation Status over time in ICU patients. *Caring for the critically ill patient.* 2003; 289(22).
30. Palliative Performance Scale and Palliative Care Conferences [Internet] Ontario: 2011 [aceso 27 de enero de 2020]. *Quality Palliative Care in Long Term Care.* [aprox. 1 pantalla].Disponible en: http://www.palliativealliance.ca/assets/files/Alliance_Reources/Physical_Care/PPS-07-18-2016.pdf
31. Steele R, Davies B. *Supporting families in palliative care.* OUP. 2016; 13(10): 1437-44
32. Lagoueyte Gómez MI. El cuidado de enfermería a los grupos humanos. *Rev Univ Ind Santander Salud.* 2015; 47(2):209-213.
33. De Carcer AN, Valsera MMP. *Cuidados paliativos - La familia de las personas enfermas.* [Internet]. España: 2014. [aceso 3 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.secpal.com/CUIDADOS-PALIATIVOS-LA-FAMILIA-DE-LA-PERSONA-ENFERMA>.
34. ME, Verdi MIM, MF, MArtins PPS. Princípios e valores implicados na prática da sedação paliativa e a eutanásia. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação.* 2018; 22(66): 733-44.
35. Zuazabal JI. *Actuacion paliativa en las distintas fases de la enfermeria. Guia sedacion paliativa.* [Internet]. España. Disponible en: <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/ACTUACION-PALIATIVA-DISTINTAS-FASES-PALIACION-IRURZUN.pdf>
36. Martinez MdLC, Magaña IM. ¿La sedacion paliatica acorta la vida de los pacientes? *Pers bioét.* 2017; 21(2): 204-18.
37. Lavernia HHC, Morgado M. Reflexiones éticas sobre la sedación paliativa en enfermos terminales. *Rev Hum Med.* 2016; 16(1): p. 175-92.
38. Ortega CR, Toro LP, Saldarriaga SE, Marquez DCR. Sedation at the end of life. *CES Med* 2016; 30(1): 46-54.

39. UVa_Online. CANALIZACIÓN DE VÍA VENOSA PERIFÉRICA [Internet]. España: 2018 [acceso 10 febrero 2020]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=j4jMhI0i9C>
40. GlobalCESSmedia. Cuidados Paliativos - Vía subcutánea [Internet]. España: 2013 [acceso 9 febrero 2020]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=WNHg6qzt3Z8>.

Anexos

Anexo I: Material necesario para la inserción de la vía subcutánea

El material necesario para la colocación de la vía subcutánea es:

- Palomilla de calibre 23G o 22G.
- Guantes no estériles.
- Gasas estériles.
- Antiséptico.
- Aguja para cargar.
- Llave de tres pasos con alargadera.
- Suero fisiológico.
- Jeringa de 10 ml.
- Apósito transparente.
- Medicación.
- Si usamos infusores necesitaremos el sistema específico de infusión y el infusor.
- Contenedor amarillo.

Para la infusión continua, el material necesario es:

- Deberemos tener un suero con el fármaco cargado y el volumen adecuado.
- Infusores o bomba de perfusión.
- Identificar el suero como en el caso anterior añadiendo el volumen a infundir, la velocidad de infusión y la vía de administración.
- Sistema de suero pertinente según el sistema de infusión que utilicemos.

Anexo II: Cómo colocar la vía subcutánea

Previamente preparado el material necesario, se coloca al paciente en una posición cómoda y se procede a comprobar el tejido subcutáneo, siendo este de 1-2.5 cm aproximadamente. Se elige la zona para la canalización, siendo la escapular la aconsejada, y una vez seleccionada se desinfecta con alcohol o con clorhexidina. Se purga el sistema con suero fisiológico y, con los guantes puestos, se pellizca la zona con dos dedos y con la otra mano se procede a la canalización de la vía con un ángulo de 30-45°.

Una vez insertado, se conecta la llave de tres pasos, se comprueba que no se haya producido punción venosa, aspirando un poco con una jeringa, y si no se ha dado se coloca un apósito transparente para proteger y fijar la vía subcutánea. Este debe estar siempre identificado con la fecha de canalización.

Hay que vigilar siempre la zona de punción, controlando así la aparición de edemas, rojeces o un posible aumento de la temperatura, en caso de la aparición de alguno de estos síntomas se ha de retirar la vía y se procederá a canalizar una nueva. No se ha de dejar más de una semana y se ha de registrar la fecha de canalización tanto en el apósito transparente, como hemos dicho antes, como en el evolutivo para que el resto de compañeras puedan llevar un control de la misma...

Anexo III: Escala Ramsay

Nivel I	Agitado, somnoliento.
Nivel II	Tranquilo, orientado y colaborador.
Nivel III	Respuesta a estímulos verbales.
Nivel IV	Respuesta rápida a la presión glabellar o estímulos dolorosos.
Nivel V	Respuesta perezosa a la presión glabellar o estímulos dolorosos.
Nivel VI	No respuesta.

Anexo IV: Escala RASS

-5	No se despierta	No responde a voz ni a estímulos físicos
-4	Sedación profunda	Se mueve o abre los ojos a estímulos físicos, no a la voz
-3	Sedación moderada	Movimientos de apertura ocular a la voz, no dirige mirada
-2	Sedación ligera	Despierta a la voz, mantiene contacto visual menos de 10 segundos
-1	Somnolencia	No completamente alerta, se mantiene despierto más de 10 segundos
0	Despierto y tranquilo	
1	Inquieto	Ansioso, sin movimientos desordenados, agresivo ni violento
2	Agitado	Se mueve de forma desordenada, lucha con el respirador
3	Muy agitado	Agresivo, se intenta arrancar tubos y catéteres
4	Combativo	Violento, representa un riesgo inmediato para el personal

Anexo V: Escala PPS

%	Deambulaci3n	Evidencia enfermedad (EE)	Autocuidados	Ingesta	Conciencia
100	Completa	Normal. Sin EE	Completos	Normal	Alerta
90	Completa	Actividad normal. Alguna EE	Completos	Normal	Alerta
80	Completa	Actividad normal con esfuerzo. Alguna EE	Completos	Normal o reducida	Alerta
70	Reducida	Incapaz de realizar actividad normal. Alguna EE	Completos	Normal o reducida	Alerta
60	Reducida	Incapaz de realizar actividad normal. EE manifestada	Necesaria la ayuda en ocasiones	Normal o reducida	Alerta o confusi3n
50	Principalmente sentado o estirado	Incapaz de realizar ninguna actividad. EE extensa	Necesaria una ayuda considerable	Normal o reducida	Alerta o confusi3n
40	Principalmente encamado	Igual	Parcialmente asistido	Normal o reducida	Alerta o somnolencia o confusi3n
30	Totalmente encamado	Igual	Completamente asistido	Reducida	Igual
20	Totalmente encamado	Igual	Completamente asistido	Pequeños sorbos	Igual
10	Totalmente encamado	Igual	Completamente asistido	Cuidados de boca	Somnolencia o confusi3n
0	Fallecido				

TALLER SOBRE ADMINISTRACIÓN
DE LA SEDACIÓN PALIATIVA

¿CUÁNTO SABES ACERCA DE

LA SEDACIÓN PALIATIVA?

EL PACIENTE PALIATIVO, FARMACOLOGÍA DE
LA SEDACIÓN, LA VÍA SUBCUTÁNEA,
EUTANASIA...

13,14,15,16,17 ABRIL 2021

TURNOS DE MAÑANA: 10:00-12:15
TURNOS DE TARDE: 16:00-18:15

HOSPITAL 12 DE OCTUBRE
1º PLANTA, AULA 3

Anexo VII: Video explicativo

<https://www.youtube.com/watch?v=WNHg6qzt3Z8> (39)

<https://www.youtube.com/watch?v=j4jMhI0i9Co> (40)

Anexo VIII: Control de asistencia

PROYECTO EDUCATIVO PERSONA SANITARIO: “SEDACIÓN PALIATIVA”			
GRUPO: NÚMERO DE LA SESION:			FECHA:
NOMBRE	UNIDAD DE TRABAJO	DNI	FIRMA

Anexo IX: Valoración interna

Lugar:	
Fecha:	
¿Las dimensiones del aula eran las adecuadas?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
¿El material ofrecido era el adecuado?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
¿El material funcionaba de manera correcta?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
¿La temperatura del aula era la correcta?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
¿La acústica del aula era la adecuada?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
¿Es el mobiliario cómodo y adecuado?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
En lo posible, ¿se han cumplido los tiempos establecidos?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
¿Se ha observado interés y participación en los asistentes?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
En lo posible, ¿se han podido explicar todos los contenidos?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
¿He sabido actuar ante imprevistos?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
¿He sabido adaptar los conocimientos a los asistentes?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
¿He sabido promover la participación en el grupo?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Opiniones:	

Anexo X: Pre-test y Post- test

Nombre:

Fecha:

¿En qué grado es capaz de describir, de la forma más clara posible, los conceptos básicos del paciente paliativo? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿En qué grado es capaz de describir, de la forma más completa posible, las etapas del proceso de enfermedad terminal? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Sabría identificar cuando es necesario aplicar la sedación paliativa a un paciente? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Sabría describir, de la manera más sencilla posible, las fases por las que pasa el paciente paliativo? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Sería capaz de enumerar el material necesario para canalizar una vía subcutánea? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Conoce los cuidados necesarios en el mantenimiento de la vía subcutánea? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Sería capaz de citar los fármacos más utilizados en la sedación? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Podría enumerar los síntomas más comunes en el paciente paliativo? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

En relación a la pregunta anterior, ¿podría señalar que fármaco se usa en cada uno de ellos?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Sabe diferenciar entre la sedación continua y la intermitente?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Podría enumerar al menos 5 diagnósticos del paciente paliativo con sus correspondientes NIC y NOC?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Conoce y sabe cómo utilizar las escalas de valoración de la sedación?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Podría señalar, de la manera más clara y breve posible, las diferencias entre eutanasia y sedación paliativa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Anexo XI: Evaluación de grado de satisfacción.

Taller:	
Fecha:	
Organización del taller	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Duración de las sesiones	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Horario del taller	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Lugar del taller	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Técnicas educativas utilizadas durante las sesiones	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Conocimientos previos	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Dominio de los docentes sobre la materia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Claridad de los docentes	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Cumplimiento del cronograma	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Cercanía y predisposición de los docentes	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Evaluación general de los docentes	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Evaluación general del taller	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Grado de satisfacción con la realización del taller	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Recomendación	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Señale aspecto a mejorar o su opinión:	

Anexo XII: Evaluación de resultados.

Nombre:	
Fecha:	
Se administra para controlar los síntomas refractarios en el paciente siempre y cuando el resto de fármacos no hayan funcionado.	<ul style="list-style-type: none">a. Sedación paliativa.b. Sedación intermitente.c. Sedación continua.
¿Cuál es el orden correcto de las etapas de la enfermedad terminal?	<ul style="list-style-type: none">a. Inicial, sintomática, declive, final y muerte.b. Declive, inicial, sintomática, muerte y final.c. Inicial, declive, somática, final y muerte.
¿Cuál es considerada la vía principal en la administración de medicamentos?	<ul style="list-style-type: none">a. Intravenosa.b. Subcutáneac. Oral
¿Qué síntoma no permite el uso del míasela en la SP?	<ul style="list-style-type: none">a. Abundantes secrecionesb. Deliriumc. Disnea
¿Se puede usar el Propofol por vía subcutánea?	<ul style="list-style-type: none">a. Sí.b. No.c. Según las circunstancias.
¿Cuál es la dosis de inicio de la levomepromazina?	<ul style="list-style-type: none">a. 12,5-25 mg cada 6-8 horas.b. 2,5-5 mg cada 4 horas.c. 5-10 mg cada 6-8 horas.

<p>Sustituye a la morfina:</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Ketorolaco. b. Metadona. c. Oxycodona.
<p>Es falsa en cuanto a la infusión continua:</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Peor efecto para el dolor agudo. b. Evita manipulaciones. c. Menor coste.
<p>La escala utilizada para evaluar el nivel de sedación de paciente en el proceso de titulación de la dosis y en el proceso es:</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Escala Ramsay. b. Escala RASS. c. Escala PPS.
<p>La escala PPS mide:</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. El nivel de sedación. b. El nivel de agitación. c. La supervivencia del paciente terminal.
<p>Señale la respuesta incorrecta con respecto a la escala de agitación:</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. -5: combativo. b. 0: despierto y tranquilo. c. inquieto.
<p>La hipodermocclisis puede administrarse un máximo de:</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Dos veces al día. b. Tres veces al día. c. Todas las veces que se precise.
<p>El haloperidol se usa para:</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Secreciones y estertores. b. Tiene acción antiinflamatoria. c. Agitación, inquietud o delirium.

