

SEDACIÓN PALIATIVA Y SEDACIÓN EN LA AGONÍA

MARCO CONCEPTUAL:

1. SEDACIÓN:

➤ Intervención terapéutica indicada para disminuir el distrés producido por una maniobra diagnóstica, por maniobras terapéuticas o en circunstancias propias de la enfermedad, fundamentalmente derivadas de la presencia de síntomas refractarios físicos o psicológicos.

- **Sedación Paliativa:** Administración deliberada de fármacos en las dosis y combinaciones requeridas para reducir la consciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios. Debe tener el consentimiento explícito, implícito o delegado del paciente. Puede ser continua o intermitente, superficial o profunda.
- **Sedación en la Agonía:** Administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y / o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la consciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima. Debe tener su consentimiento explícito, implícito o delegado. Es una sedación continua, y puede ser superficial o profunda.

2. SÍNTOMA REFRACTARIO:

- **Síntoma refractario**, Síntoma que no puede ser adecuadamente controlado a pesar de los intensos esfuerzos para hallar un tratamiento tolerable en un plazo de tiempo razonable sin que comprometa la consciencia del paciente.
- Debe ser diferenciado del Síntoma Difícil, aquél para cuyo adecuado control se precisa de una intervención terapéutica intensiva más allá de los medios habituales, tanto desde el punto de vista farmacológico, como instrumental y/o psicológico.

3. PROCESO DE TOMA DE DECISIONES:

- Individualizar la situación.
- Previo a hablar con el paciente y/o con los familiares, revisión interdisciplinar de los datos de historia clínica conocidos:
 - ❖ *Diagnóstico/s y evolución clínica.*
 - ❖ *Fisiopatología de los síntomas que presenta el paciente*
 - ❖ *Información sobre la situación clínica de la que dispone el paciente y familiares.*
 - ❖ *Información o expresión previa de posicionamiento por parte del paciente y/o familiares responsables sobre una hipotética posibilidad de reducción del nivel de consciencia.*
 - ❖ *Existencia de documento de ultimas voluntades / testamento vital.*
 - ❖ *Composición familiar, estructura, relaciones y estilos de afrontamiento vital.*
 - ❖ *Identificar al "representante" del paciente*
- Información/Conversación con el paciente y/o con familiares. Presencia de, al menos, otro miembro del equipo (habitualmente enfermería). Evitar el efecto intimidatorio de una presencia excesiva de miembros del equipo. Facilitar la presencia de los familiares que tanto paciente como cuidador principal estimen oportuno.
- Revisar y explicar de manera sencilla e inteligible los datos de la evolución de la enfermedad/es, situación actual, naturaleza de los síntomas, evolución esperable, tratamientos y resultados obtenidos, etc. Explicitar el respeto a la decisión que paciente y /o familiares tomen y ofrecimiento permanente de su revisión siempre que lo consideren oportuno.
- Explicación al paciente (si procede) y de manera prioritaria a los familiares de los "efectos esperados" con la disminución del nivel de

consciencia, tanto en términos de repercusión sobre disminución/pérdida de capacidad para ingesta y comunicación como en relación con los efectos sobre el control del estrés y del/los síntomas/s refractario/s que justifican el procedimiento terapéutico.

- Explicación y obtención de consenso (tanto del equipo como del paciente-familiares) sobre los objetivos de la sedación. Planificación de la revisión continuada de sus resultados, así como de los cuidados de enfermería (boca, movilizaciones, manejo de secreciones, etc.) y evaluación y revisión de la idoneidad de otras medidas tales como hidratación y alimentación.
- En la Sedación en la Agonía explicitar a los familiares el significado de esta fase clínica en cuanto a "situación de últimos días y a previsión de muerte cercana".
- Explicitar el consentimiento y reflejarlo en la Historia Clínica. No es necesario-ni siquiera aconsejable- obtener firmas de documentos de consentimiento.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

- Los fármacos más usados en la sedación paliativa son las benzodiacepinas, los neurolépticos y los barbitúricos, habitualmente asociados a otros fármacos utilizados en el tratamiento paliativo. El propofol (hipnótico-anestésico) se ha incorporado al arsenal terapéutico utilizado en la sedación paliativa y en la sedación en la agonía.

A. Procedimiento Inicial:

- Elegir la vía más adecuada en función de las características clínicas, del fármaco y de los objetivos y tipo de sedación que se quieren conseguir.
- Mantener y ajustar los analgésicos. El **uso exclusivo de morfina para la sedación constituye una mala práctica médica.**
- Simplificar el tratamiento farmacológico modificando la vía de administración si es preciso.
- En las diluciones y en los tiempos de paso de los fármacos en los sistemas de infusión continuada, se debe asegurar un ajuste y control

adecuados que minimice efectos incontrolados tanto por exceso como por defecto.

- Los bolos de inducción y los ajustes farmacológicos han de ser directamente supervisados por el equipo, médico-enfermera/o.
- Las “dosis de rescate” se debe pautar con el mismo sedante utilizado en la infusión continuada.

B. Fármacos utilizados en Sedación*:

***Las dosis que se señalan a continuación son meramente orientativas, referidas a pacientes ancianos y/o de alto nivel de fragilidad. En cualquier caso, deben ser siempre ajustadas e individualizadas.**

 **MIDAZOLAM (ampollas de 15 mg/3cc): dosis diaria máxima recomendada, 160-200 mg/día. Inicio de acción rápido (s.c. 5-10 minutos, e.v. 2-3 minutos).**

Indicaciones:

- 1. Primera opción en síntomas refractarios más frecuentes (dolor, disnea, hemorragia, ansiedad/pánico)**
- 2. Segunda opción en Delirium**

○ VIA SUBCUTÁNEA

➤ Paciente SIN antecedentes de toma de Benzodiazepinas o muy debilitados:

- **Dosis de inducción: bolos de 2,5-5 mg**
- **Dosis de rescate: bolos 2,5- 5 mg**
- **Dosis inicial para Infusión Continuada Subcutánea: 0,4-0,8 mg/h**

➤ Paciente CON antecedentes de toma de Benzodiazepinas:

- **Dosis de inducción: bolos de 5-10 mg**
- **Dosis de rescate: bolos 5-10 mg**
- **Dosis inicial para Infusión Continuada Subcutánea: 1-2 mg/h**

○ **VIA ENDOVENOSA:**

- Bolo de inducción: DILUIR UNA AMPOLLA DE MIDAZOLAM (3cc) con 7 cc DE SUERO FISIOLÓGICO. DILUCIÓN RESULTANTE: 1cc= 1,5 mg de midazolam.
- Administrar bolos de inducción cada 5 minutos hasta RAMSAY** II ó III (ver anexo). La dosis requerida será la DOSIS DE INDUCCIÓN.
- Para sedación intermitente, establecer pauta horaria (vida media plasmática 2-5 horas) de la dosis de rescate que será IGUAL a la dosis de inducción.
- Infusión endovenosa continuada: Dosis de Inducción X 6; Pautar Dosis de Rescate (igual a dosis de inducción)

➤ Paciente SIN antecedentes de toma de Benzodiazepinas o muy debilitados:

- Dosis de inducción: bolos de 1,5 mg cada 5 minutos

➤ Paciente CON antecedentes de toma de Benzodiazepinas:

- Dosis de inducción: bolos de 3,5 mg cada 5 minutos

*Nota: Para ambas vías, en caso de requerir una sedación rápida y profunda (RAMSAY** V ó VI) doblar las dosis recomendadas.*

✚ LEVOMEPRMACINA (ampollas de 25 mg/cc): dosis máxima recomendada 300 mg/día.

Indicaciones:

1. Primera opción en Delirium
2. Fallo* a Midazolam en indicaciones de otra etiología
3. Contraindicación de benzodiazepinas.

** Antes de iniciar, reducir a la mitad las dosis de midazolam en las primeras 24 horas. Realizar las reducciones progresivas posteriores según evolución clínica.*

○ **VIA SUBCUTÁNEA**

- Dosis de inducción: bolos de 12,5- 25 mg
- Dosis de rescate: bolos 12,5 mg

- Dosis inicial para Infusión Continuada subcutánea: 100 mg/ 24 h

- VIA ENDOVENOSA:

- Dosis de inducción: bolos de 6- 12,5 mg
- Dosis de rescate: bolos 6 mg
- Dosis inicial para Infusión Continuada Endovenosa: 50 mg/ 24 h

 PROPOFOL (ampollas de 10 mg/cc):

Indicaciones:

1. Fallo* a Midazolam y Levomepromazina
2. Sedación puntual con necesidad de recuperación rápida
3. Alergia/Contraindicación de benzodiazepinas y fenotiazinas

**Antes de iniciar perfusión, REDUCIR opioides a la mitad y SUSPENDER administración de Benzodiazepinas/Neurolépticos.*

- VIA ENDOVENOSA: (No mezclar con otros fármacos)

- Dosis de inducción: 1-1,5 mg/Kg. administrados en 1 a 3 minutos
- Dosis de rescate: 50% de la dosis de inducción
- Dosis inicial para Infusión Continuada endovenosa: 2 mg/Kg. / h

 FENOBARBITAL (ampollas de 200 mg/cc):

Indicaciones:

1. Fallo* a Midazolam y Levomepromazina
2. Vía endovenosa no viable
3. Alergia/Contraindicación de benzodiazepinas, fenotiazinas y propofol

**Antes de iniciar, REDUCIR opioides a la mitad y SUSPENDER administración de Benzodiazepinas/Neurolépticos.*

- **VIA SUBCUTÁNEA (NO mezclar con otros fármacos)**
 - **Dosis de inducción: 100-200 mg/i.m.**
 - **Dosis de rescate: 100 mg/ i.m.**
 - **Dosis inicial para Infusión Continuada subcutánea: 600 mg/ 24 h**
- **VIA ENDOVENOSA (NO mezclar con otros fármacos):**
 - **Dosis de inducción: 2 mg/ Kg., velocidad de administración lenta.**
 - **Dosis inicial para Infusión Continuada Endovenosa: 1 mg/ kg. / h, ajustando según la respuesta.**

C. SEGUIMIENTO DEL PROCESO:

- Registro en la historia de todo el proceso de toma de decisiones.
- Registro en la historia de los procedimientos, fármacos, vías, dosis, controles, cuidados de enfermería, y de todas las intervenciones que derivan del abordaje integral e interdisciplinar del proceso.
- Revisión periódica del nivel de sedación (Escala Ramsay**), mínimo una vez por cada turno médico/enfermería.
- Evaluar y registrar sistemáticamente en historia:
 - Nivel de sedación
 - Evolución de síntoma/s refractarios
 - Respuesta a estímulos
 - Temperatura
 - Secreciones respiratorias
 - Micción y defecación
 - Movimientos musculares espontáneos o provocados
 - Situación emocional de cuidador principal y familiares
- Actuación coordinada del Equipo:
 - Disponibilidad
 - Comunicación
 - Privacidad
 - Respeto.

ANEXO

	ESCALA DE SEDACIÓN DE RAMSAY**
NIVEL	
I	Agitado, angustiado
II	Tranquilo, orientado y colaborador
III	Respuesta a órdenes/estímulos verbales
IV	Respuesta rápida a la presión glabellar o a estímulos dolorosos
V	Respuesta perezosa a presión glabellar o a estímulos dolorosos
VI	No respuesta

Traducido de Carrasco G: "Instruments for monitoring intensive care unit sedation". Critical Care 2000; 4:217-225

