Guía de Sedación Paliativa

2021

Cuadernos
CGCOM

Sociedad Española de Cuidados Paliativos
SECPAL
www.secpal.com

OMC
ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA
CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

Edita:

Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM)

Autores:

Marcos Gómez Sancho (coordinador)
Rogelio Altisent Trota
Jacinto Bátiz Cantera
Mariano Casado Blanco
Luis Ciprés Casasnovas
Álvaro Gándara del Castillo
Rafael Mota Vargas
Javier Rocafort Gil
Juan José Rodríguez Sendín

Revisada por:

Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)
Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI)

Agradecemos la colaboración de:

Ricardo Martino Alba
Íñigo de Noriega Echevarría

Maquetación: Visualq.

Imprime: Gráficas Lasa, S.L.

Impreso en España / *Printed in Spain*

Guía de Sedación Paliativa

Observatorio Atención Médica
al final de la vida

OMC
ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA
CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

SECPAL
Sociedad Española de Cuidados Paliativos

Julio 2021

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

Índice

Introducción 3

Definición 5

Glosario de términos 6

Indicación de la Sedación Paliativa 9

Abuso de la Sedación Paliativa 13

Diferencias entre sedación y eutanasia 14

Procedimiento 15

Consentimiento Informado en Sedación Paliativa 17

Implicaciones de los procesos de sedación en los profesionales 19

Tratamiento farmacológico 21

Evaluación y seguimiento 29

Sedación paliativa en pediatría 33

Epílogo 36

Introducción

Las consideraciones acerca de la muerte y los modos de morir han sido objeto de una constante reflexión histórica. En el modelo tradicional, la muerte natural avisaba de su presencia y el moribundo protagonizaba su propia muerte. En el modelo tecnológico, ya en el siglo XX, la muerte no avisa y el moribundo no sabe ni siquiera que lo es, porque la muerte se ha convertido en un fenómeno técnico manejado exclusivamente por expertos. De esta forma la muerte se medicaliza al estar mediada por la tecnología.

Y es en este contexto cuando surge el movimiento hospice con el objetivo de contrarrestar los efectos negativos y deshumanizadores del modelo tecnológico en el proceso de morir. La necesidad de adecuar la medicina científica en expansión y el respeto a la dignidad de los seres humanos es una de las cuestiones que aborda la Medicina Paliativa.

A pesar de que se ha avanzado mucho en el control de los síntomas todavía hay algunos enfermos que tienen en algún momento de la evolución de su enfermedad (oncológica o no), uno o más sín-

tomas refractarios al tratamiento que le provocan un sufrimiento insoportable. En estos casos la sedación se plantea como una medida terapéutica paliativa.

La necesidad de disminuir la conciencia de un enfermo en las horas anteriores de su muerte ha sido y es objeto de controversia, en sus aspectos clínicos, éticos, legales y religiosos. Además, quienes no conocen las indicaciones y la técnica de la sedación o carecen de experiencia en medicina paliativa, pueden confundirla con una forma encubierta de eutanasia. La adecuada formación de los médicos en esta práctica será la garantía de que ningún enfermo sufra innecesariamente al final de la vida.

La sedación bien indicada y administrada constituye una buena práctica médica y en consecuencia no admite objeción de conciencia.

Por ese motivo, la OMC y la SECPAL han elaborado este documento que puede servir de guía para la buena praxis y para la correcta aplicación de la sedación paliativa.[1, 2]

1 *Esta Guía ha sido elaborada por los componentes del Observatorio Nacional de la "Atención Médica al final de la vida" de la Organización Médica Colegial y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos: Marcos Gómez Sancho (coordinador), Rogelio Altisent Trota, Jacinto Bátiz Cantera, Mariano Casado Blanco, Luis Ciprés Casasnovas, Álvaro Gándara Del Castillo, Rafael Mota Vargas, Jose Antonio Herranz Martínez, Javier Rocafort Gil y Juan José Rodríguez Sendín, con la colaboración de Eduardo Quiroga para el capítulo de sedación pediátrica.*

2 *Su elaboración está basada en la experiencia de los autores y en la bibliografía más actual, sin pretender ser una revisión sistemática de la literatura.*

Definición

La sedación paliativa es la disminución deliberada de la conciencia del enfermo, una vez obtenido el oportuno consentimiento mediante la administración de los fármacos indicados y a las dosis proporcionadas, con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible causado por uno o más síntomas refractarios.

La sedación debe seguir siempre el principio de proporcionalidad, siendo el objetivo alcanzar un nivel de sedación suficientemente profundo como para aliviar el sufrimiento.

La sedación paliativa en la agonía es la sedación paliativa que se utiliza cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida para aliviar un sufrimiento intenso. En esta situación la sedación es continua y tan profunda como sea necesario para aliviar dicho sufrimiento.

La sedación intermitente es aquélla que se pauta de forma transitoria con el objetivo de ser retirada en un plazo de tiempo determinado para reevaluar la persistencia o no del sufrimiento del paciente.

Glosario de términos[3]

Consentimiento informado

Es la conformidad libre de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

Se fundamenta en la autonomía, que es un derecho de los enfermos que el médico debe respetar. Evitar el paternalismo tradicional no debe conducir al abandono del paciente en la toma de decisiones, que ha de realizarse en el contexto de una relación clínica cooperativa.

La obligación del médico de dar al paciente una información clara y comprensible tiene dos excepciones: la voluntad del enfermo de no ser informado y la necesidad terapéutica (cuando el médico dispone de razones objetivas de que la información puede perjudicar al paciente gravemente en su salud).

3 *Organización Médica Colegial. Atención médica al final de la vida. Conceptos. 2015. www.cgcom.org*

Enfermedad incurable avanzada

Enfermedad de curso gradual y progresivo, sin respuesta a los tratamientos curativos disponibles, que evolucionará hacia la muerte a corto o medio plazo en un contexto de fragilidad y pérdida de autonomía progresivas. Se acompaña habitualmente de síntomas múltiples y provoca un gran impacto emocional en el enfermo, sus familiares y en el propio equipo asistencial.

Cuando se prevé que ocurra la muerte a corto plazo (días, semanas) suele emplearse también el término de enfermedad o situación terminal.

Situación de agonía

La que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad para la relación y la ingesta, con pronóstico de vida en horas o pocos días.

Síntoma refractario

Aquel que no puede ser adecuadamente controlado con los tratamientos disponibles, aplicados por médicos expertos, en un plazo de tiempo razonable. En estos casos el alivio del sufrimiento del enfermo requiere la sedación paliativa.

Cuidados paliativos. "Buena práctica" médica al final de la vida

Son aquellos que proporcionan una atención integral a los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo y donde

es primordial el control de síntomas, especialmente del dolor, así como el abordaje de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. Tienen un enfoque interdisciplinario e incluyen al paciente, la familia y su entorno, ya sea en casa o en el hospital.

Los cuidados paliativos afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; ni aceleran ni retrasan la muerte. Tienen por objeto preservar la mejor calidad de vida posible hasta el final.

La buena práctica médica supone la aplicación de medidas terapéuticas proporcionadas, evitando tanto la obstinación como el abandono, el alargamiento innecesario o el acortamiento deliberado de la vida.

I Indicación de la Sedación Paliativa

La sedación se ha de considerar actualmente como un tratamiento médico indicado para aquellos enfermos con sufrimientos intolerables que no han respondido a los tratamientos adecuados.

La necesidad de sedar a un paciente con enfermedad crónica en fase avanzada y en situación terminal obliga al médico a evaluar los tratamientos que hasta entonces ha recibido el enfermo. No es aceptable la sedación ante síntomas difíciles de controlar, cuando éstos no han demostrado su condición de refractarios.

Las causas más frecuentes para la indicación de sedación son: delirium, disnea, dolor, náuseas y vómitos, hemorragia masiva, ansiedad o pánico y sufrimiento existencial, siempre que no hayan respondido a los tratamientos indicados y aplicados correctamente durante un tiempo razonable.

En situación de agonía, situación de últimas horas días de vida, la indicación de sedación puede ser la simple percepción de sufrimiento del paciente, si ésta persiste con una dosis adecuada de

opioide. No es aceptable en el contexto de agonía esperar un tiempo a que hagan efecto otros fármacos cuando existe sufrimiento.

Si tuviera dudas sobre la indicación, el médico responsable deberá solicitar la valoración de un profesional experto en el control de síntomas. Además, el médico dejará constancia razonada de esa conclusión en la historia clínica, especificando la naturaleza e intensidad de los síntomas y las medidas que empleó para aliviarlos (fármacos, dosis y recursos materiales y humanos utilizados) e informará de sus decisiones a los otros miembros del equipo asistencial.

La sedación paliativa no debe instaurarse para aliviar la pena de los familiares o la carga laboral y la angustia de las personas que atienden al paciente.

Indicación de la Sedación Paliativa en el sufrimiento existencial refractario

Conviene hacer una reflexión sobre la sedación ante el sufrimiento existencial extremo que se prolonga a pesar de los esfuerzos del equipo asistencial.

Entendemos como sufrimiento existencial "el sentimiento de que la propia vida está vacía o carente de sentido". Se trata de casos poco frecuentes, pero con un sufrimiento percibido por la persona enferma como insoportable, de manera que algunos pacientes desean la muerte como salida de una vida que se experimenta como algo muy penoso y sin sentido. Son situaciones que, además de afectar al paciente, generan una gran conmoción familiar y social, y

que en algunas ocasiones han alcanzado relevancia mediática, presentadas como paradigma de la necesidad de regular la eutanasia o el suicidio asistido.

En la atención médica de estos pacientes se plantean dudas ante el recurso a la sedación, en buena medida porque el sufrimiento existencial no se ajusta del todo a la interpretación clásica del síntoma refractario tributario de sedación paliativa.

Por otro lado, se han levantado algunas voces en contra de que la sedación sea el tratamiento adecuado para estos casos. Probablemente esta perplejidad se produce porque el sufrimiento existencial se desliza en la borrosa línea divisoria que separa la esfera biomédica de otras situaciones vitales de la persona que generan gran sufrimiento, como ocurre en las crisis sentimentales, económicas, etc. Por todo ello se hace necesaria una reflexión profunda, prudente y matizada desde la perspectiva de la ética clínica que aporte luz a la toma de decisiones en estos casos.

El siguiente paso es establecer cuándo, en el contexto de una enfermedad avanzada e incurable, se puede catalogar el sufrimiento existencial como refractario tributario de tratamiento médico. Esto supone llegar a la conclusión de que los cuidados psicológicos y espirituales que le proporciona el equipo asistencial no logran aliviarlo tras un periodo razonable de esfuerzo terapéutico llevado a cabo con los medios disponibles. Este momento requiere una extraordinaria competencia técnica, ética y legal.

El sufrimiento existencial puede contemplarse como criterio de indicación de sedación cuando se establezca la refractariedad tras

la evaluación de un equipo con experiencia. En estos casos, estaría indicada la sedación provisional, transitoria o intermitente, que podría llegar a ser definitiva o irreversible cuando estuviéramos ante pacientes en situación de agonía.

En cualquier caso, es necesario aplicar el diagnóstico y tratamiento adecuado del sufrimiento existencial, de tal manera que la refractariedad del síntoma se pueda definir con profesionalidad.

A

Abuso de la Sedación Paliativa

Se produce cuando los médicos sedan a los pacientes que se acercan al final de su vida con el principal objetivo de acelerar su muerte. Puede ocurrir por su uso deliberado en pacientes que no tienen síntomas refractarios, o por el uso intencionado de dosis que superan con creces lo que es necesario para proporcionar un alivio adecuado.

Tampoco sería aceptable el uso de la sedación paliativa como una alternativa a la falta de competencia del equipo asistencial para resolver el sufrimiento del paciente.

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

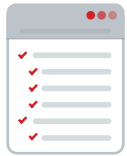
Diferencias entre sedación y eutanasia

Existe una clara y relevante diferencia entre sedación paliativa y eutanasia si se observa desde la Ética y la Deontología Médica. La frontera entre ambas se encuentra en la intención, en el procedimiento empleado, y en el resultado.

Con la sedación se pretende disminuir el nivel de conciencia, con la dosis mínima necesaria de fármacos, para evitar que el paciente perciba el síntoma refractario.

Sin embargo, con la eutanasia se busca deliberadamente la muerte anticipada tras la administración de fármacos a dosis letales, para terminar con el sufrimiento del paciente.

P



Procedimiento

La aplicación de sedación paliativa puede realizarse en el hospital o en el domicilio y exige del médico la comprobación cierta y consolidada de las siguientes circunstancias, que serán reflejadas en la historia clínica:

a. **Indicación**: Existencia de un sufrimiento intolerable causado por síntomas refractarios.

b. Obtención del **consentimiento** del paciente o de sus representantes según se establece en la normativa vigente. Es de gran importancia que la familia esté adecuadamente informada de este procedimiento asistencial y procurar que el paciente haya satisfecho en la medida de lo posible sus deseos y resuelto sus asuntos pendientes.

c. **Prescripción**: Empleo de fármacos adecuados y a las dosis proporcionadas a las necesidades del paciente.

d. **Evaluación** continuada supervisada por el médico responsable.

En el caso de la sedación en la agonía se requiere, además, que los datos clínicos indiquen una situación de muerte inminente o muy próxima.

Es un deber deontológico abordar con decisión la sedación en la agonía, incluso cuando de ese tratamiento se pudiera derivar, como efecto secundario, una anticipación de la muerte.

El inicio de la sedación paliativa no descarga al equipo de su deber de continuidad de los cuidados. Aunque esta sedación pueda durar más de lo previsto inicialmente, no pueden suspenderse los cuidados básicos exigidos por la dignidad del moribundo.

Igualmente, es necesario transmitir a la familia que el enfermo adecuadamente sedado no sufre.

Consentimiento Informado en Sedación Paliativa

Existe cierta controversia en cuanto a la necesidad de obtener un consentimiento para la sedación. A favor del consentimiento estaría el hecho del riesgo que puede suponer la administración de fármacos sedantes a dosis altas en una persona frágil, y la implicación que a todos los niveles puede tener la pérdida, posiblemente definitiva de la conciencia del paciente. En ese sentido, el paciente tiene derecho a conocer y entender el proceso de sedación y sus consecuencias, para así poder concluir asuntos pendientes de importancia, o incluso para poder despedirse de sus familiares.

Sin embargo, en contra del consentimiento, estaría el enorme impacto emocional que puede tener para un paciente el conocimiento de su situación cercana a la muerte, sin tiempo además para poder elaborar emocionalmente dicho impacto. De alguna forma, una información brusca sobre el mal pronóstico a muy corto plazo puede provocar mayor sufrimiento al paciente. Por otro lado, en muchas ocasiones en el momento en el que la sedación se hace necesaria, el paciente no tiene su capacidad cognitiva intacta.

La solución a este problema está en la previsión y en la planificación anticipada de los cuidados. Cuando se acerca la fase final de la enfermedad, y especialmente en los momentos en los que el paciente está libre de síntomas, sereno y confortable, es el mejor momento para esbozarle verbalmente la posibilidad de precisar la sedación. Hay que presentar la disminución del nivel de conciencia como una herramienta médica bien conocida que le garantiza la ausencia de sufrimiento en caso de ser necesario. Esta información puede requerir de varias sesiones de entrevista y de cierto entrenamiento. Es importante que el paciente lo comprenda y nos exprese sus preferencias en cuanto a los tratamientos a administrar. Toda la conversación y las decisiones deben quedar reflejadas en la Historia Clínica.

Implicaciones de los procesos de sedación en los profesionales

Por lo que acabamos de comentar, tomar la decisión de sedar a un paciente no es una tarea sencilla para un profesional. Implica reconocer la incapacidad técnica para resolver el sufrimiento de otra forma, decidir disminuir la conciencia de un paciente de forma posiblemente definitiva, enfrentarse a una conversación difícil con el paciente y los familiares, y prescribir medicamentos que pueden tener rangos terapéuticos estrechos en un paciente frágil.

Por ese motivo, se recomienda tomar las decisiones en equipo y consultar a otros compañeros en caso de tener la más mínima duda.

Por último, siempre que hay confrontación entre la opinión del paciente o la familia y el criterio del médico en este asunto, está indicada la consulta urgente a un comité de ética asistencial.

Tratamiento farmacológico

Elección del fármaco y la vía adecuados

Los fármacos de elección en la sedación paliativa son las *benzodiacepinas* (midazolam), los *neurolépticos* (levomepromazina o clorpromacina) y *otros*, como propofol o fenobarbital. En el caso de la sedación paliativa en la agonía hay que valorar la retirada de los fármacos que ya no sean necesarios, y de la hidratación y nutrición artificiales, salvo que haya una razón expresa para mantenerlos.

El midazolam es la primera opción, con la excepción de pacientes con delirium hiperactivo, en cuyo caso se podrá usar también como primera opción la levomepromacina. El midazolam puede usarse por vía subcutánea o endovenosa. La vía endovenosa, por lo general, se reserva para casos de urgencia (asfixia, hemorragia masiva, etc.) o para pacientes que ya tienen una vía venosa canalizada por otros motivos.

Se recomienda como dosis de inicio entre 0,5-1 mg/h y como dosis efectiva habitual 1-20 mg/h. Existen formulaciones con dife-

rentes concentraciones, por lo que se recomienda pautar siempre en mg y no en ml.

La *levomepromacina* se usa como primera opción en casos de delirio refractario, y como segunda opción cuando fracasa la sedación con midazolam. Puede usarse por vía subcutánea o endovenosa. La *levomepromacina* tiene una dosis techo de aproximadamente 300 mg diarios. La presentación es de ampollas de 25 mg en 1 ml.

En el caso de que estos medicamentos en monoterapia no sean efectivos, debería de utilizarse una combinación de ambos. Cuando dicha asociación tampoco fuera efectiva, serían de elección el *fenobarbital* por vía subcutánea (para pacientes en el domicilio) o el *propofol* por vía endovenosa (en el hospital).

Sedación con midazolam por vía subcutánea

La dosis de inducción es de 2,5 a 5 mg cada 4 horas, administrada en bolo, individualizando la dosis dentro de ese rango en función del estado de consciencia de partida y de la fragilidad del paciente. En caso de pacientes que hayan desarrollado tolerancia a benzodiacepinas por tratamientos previos, la dosis de inducción será de 5 a 10 mg.

Si tras la dosis de inducción el paciente presenta agitación, o mantiene el síntoma refractario, se administra una dosis de rescate extra igual a la dosis de inducción inicial. Puede repetirse la dosis de rescate tantas veces como se precise hasta alcanzar la sedación, siempre teniendo en cuenta que el inicio de la acción por vía

subcutánea requiere de 10 a 15 minutos, y que la vida media del midazolam puede fluctuar entre 2 y 5 horas.

Tras 24 horas de inducción, se calcula la dosis de infusión continua, sumando todas las dosis (inducción + rescates) administradas en las últimas 24 horas, obteniendo así la cantidad a cargar en un infusor de 24 horas, o bien dividiendo dicha cantidad total entre 24, obteniendo así los mg/hora a administrar mediante bomba de infusión continua. Las dosis extra de rescate serán de aproximadamente 1/6 de la dosis total diaria, y se podrán seguir utilizando durante todo el procedimiento de la sedación.

Sedación con midazolam por vía endovenosa

En este caso la dosis de inducción se calcula administrando entre 1,5 y 3,5 mg en bolo lento, repitiendo la dosis cada 5 minutos hasta alcanzar el nivel de sedación mínimo con el que se logre el control del síntoma refractario. La suma de las dosis que han sido necesarias se denomina dosis de inducción. Dicha dosis de inducción, multiplicada por seis, será la dosis a administrar en infusión continua durante las siguientes 24 horas. Las dosis de rescate serán las mismas que la dosis de inducción y se añadirán tantas veces como sean precisas.

Tras 24 horas se calculará el ritmo de la bomba de infusión endovenosa continua en mg/h de la misma forma que se ha propuesto para la sedación subcutánea. Las dosis extra de rescate se pueden seguir utilizando durante todo el procedimiento de sedación.

Sedación con levomepromacina por vía subcutánea

Si el paciente está bajo sedación previa con midazolam, debe reducirse la dosis de éste fármaco un 50% en el momento de la inducción con levomepromacina, intentando rebajar la dosis de midazolam progresivamente en los días posteriores, según sea la respuesta clínica.

Se calcula la dosis de inducción de forma similar a la descrita para el midazolam, pero con dosis iniciales de 12,5 a 25 mg, y utilizando mayor intervalo de tiempo (6 a 8 horas), dado que la vida media de éste fármaco es mayor (de 15 a 30 horas). La dosis diaria de infusión continua será la suma de las dosis administradas en las primeras 24 horas, siendo habitualmente esta dosis de aproximadamente 100 mg diarios.

Sedación con clorpromacina por vía endovenosa

Se calcula la dosis de inducción también de forma similar al midazolam, con dosis iniciales de 12,5 a 25 mg, utilizando intervalos de 6 a 8 horas. La dosis de mantenimiento suele ser de 12,5 a 50 mg cada 6 a 8 horas, con una dosis techo de 300 mg diarios. Está contraindicada la administración de clorpromazina por vía subcutánea.

Sedación con fenobarbital por vía subcutánea

Antes de iniciar la inducción con fenobarbital, hay que suspender el tratamiento con benzodiacepinas y neurolépticos, y reducir el tratamiento opioide al menos a la mitad de la dosis.

La dosis inicial de inducción es de 100 mg y hay que esperar al menos 2 horas a que alcance su concentración plasmática máxima. La dosis total suele ser de 600 mg en el primer día, en perfusión continua subcutánea, ajustando en los sucesivos hasta alcanzar una sedación adecuada.

Sedación con propofol por vía endovenosa

Debe realizarse siempre bajo supervisión médica experta en el manejo de éste fármaco y en el medio hospitalario.

Es un anestésico general de acción ultracorta. Reduce el flujo cerebral, disminuye la presión intracraneal y tiene efecto antiemético. El inicio de acción es de 30 segundos, dura unos 5 minutos y la vida media plasmática es de 40 minutos a 1a hora.

Propofol 10 mg/ml puede utilizarse en perfusión sin diluir o diluido únicamente con soluciones para perfusión iv de Glucosa al 5% o Cloruro sódico al 0,9%, en frascos de vidrio para perfusión. Los envases deben agitarse antes de usarse. Hay que utilizar únicamente soluciones homogéneas y envases intactos.

El dolor en el lugar de la inyección puede minimizarse usando un acceso venoso central o mediante la coadministración de lidocaína:

- 1 ml de Lidocaína 1% iv antes del inicio de propofol o
- mezclar lidocaína con propofol inmediatamente antes de comenzar la infusión, no excediendo de una concentración de 20 mg de lidocaína/200 mg de propofol.

Es recomendable comenzar con dosis entre 0,5-1 mg/Kg/h iv. Si es necesario, incrementar 0,25-0,5 mg/kg/h cada 5-10 minutos hasta alcanzar el nivel de sedación adecuado. La mayoría de los pacientes responden a dosis entre 1-2 mg /kg/h iv.

Para incrementar el nivel de sedación más rápidamente, puede administrarse un bolo, incrementando el ritmo de infusión a 1mg/kg/min durante 2 a 5 minutos.

La monitorización del paciente debe ser estricta durante las primeras horas de tratamiento, tanto en lo que respecta al alivio sintomático como del nivel de sedación. Posteriormente, lo recomendable sería continuar la monitorización a las 2, 6 y 12 h.

Si el paciente estuviera excesivamente sedado y/o hubiera signos de depresión respiratoria inducida por el fármaco, debe interrumpirse la infusión de propofol durante 2 ó 3 minutos y reiniciar con una dosis más baja.

Si el paciente no respondiera a dosis de 4 mg/kg/h, se recomienda suplementar con dosis de midazolam en infusión continua subcutánea.

Algunos autores proponen iniciar la sedación mediante dosis de inducción, al igual que con otros fármacos. Las dosis que se proponen son de 0,25-0,5 mg/kg iv, administrado lentamente en 3-5 minutos y repitiéndose cada 5-10 minutos hasta alcanzar el nivel de sedación adecuado. A partir de este momento se pasaría a utilizar una dosis de mantenimiento de 0,5-1 mg/kg/h (de 500 a 1.100 mg por día), con dosis extras cada vez que se precisara e incrementos del ritmo de infusión de 0,25 a 0,5 mg/kg/h cada 30-60 minutos. Las dosis extras (rescates) pueden ser necesarias en los cambios de turnos, previo al aseo y antes de maniobras potencialmente dolorosas.

Las dosis requeridas pueden disminuir un 20-30% en pacientes ancianos, debilitados o hipovolémicos.

Utilización de otros fármacos durante la sedación

En el caso de la sedación paliativa, dada su reversibilidad, puede ser prudente mantener todos aquellos fármacos pautados previamente, siempre que no se considere extraordinario su uso.

En el caso de la sedación en la agonía, se recomienda mantener durante la sedación algunos fármacos esenciales. Entre ellos los anticolinérgicos (indicados como antisecretores bronquiales) o los opioides, que no deben ser retirados durante la sedación, aunque puede reducirse su dosis.

Los anticolinérgicos más usados son el n-butilbromuro de hioscina (ampollas de 20 mg en 1 ml).

- HIOSCINA. Para prevenir/tratar las secreciones bronquiales (estertores premortem) y por su capacidad sedante.

  N-butilbromuro de hioscina

  20 mg en ampollas de 1 ml.

  Dosis: 20 a 40 mg cada 8 horas (IV o SC)

- MORFINA. Tiene capacidad sedante y, por supuesto, no retirarla nunca si el enfermo ya la estaba recibiendo.

E

Evaluación y seguimiento

Tras el inicio de la sedación, tres deben ser las recomendaciones a seguir:

1. Revisar periódicamente el nivel de sedación según la Escala de Ramsay modificada (tabla 1) o Escala RASS de Richmond (tabla 2).

2. Evaluar y dejar constancia en la historia clínica de la evolución: temperatura, secreciones, frecuencia respiratoria y cardiaca, diámetro pupilar.

3. Evaluar constantemente el estado emocional de la familia, dejando también constancia en la historia clínica. Proporcionar siempre presencia, comprensión, disponibilidad y privacidad (habitación individual).

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

Tabla 1:	**Evaluación sistemática del nivel de sedación con la escala de Ramsay modificada (Ramsay ICO):**
Nivel I	Agitado, angustiado
Nivel II	Tranquilo, orientado y colaborador
Nivel IIIa	Respuesta agitada a estímulos verbales
Nivel IIIb	Respuesta tranquila a estímulos verbales
Nivel IVa	Respuesta rápida y agitada a estímulos dolorosos
Nivel IVb	Respuesta rápida y tranquila a estímulos dolorosos
Nivel V	Respuesta perezosa a estímulos dolorosos
Nivel VI	No respuesta

Tabla 2: **Escala de Agitación en la Sedación de Richmond (RASS)**

Puntuación	*Término*	*Descripción*	
4	Combativo	Abiertamente combativo, violento, peligro directo para los profesionales.	
3	Muy agitado	Tira o se quita la sonda o catéter; agresivo.	
2	Agitado	Se mueve con frecuencia de manera no intencionada, intenta quitarse la mascarilla o gafas nasales de oxigenoterapia.	
1	Inquieto	Ansioso, pero no agresivo en los movimientos.	
0	Despierto y calmado		
-1	Adormilado	No completamente alerta, pero mantiene los ojos abiertos (ojos abiertos/ contacto visual) cuando le hablan (10 o más segundos).	Estimulación verbal
-2	Sedación ligera	Mantiene los ojos abiertos por poco tiempo cuando le hablan (menos de 10 segundos).	
-3	Sedación moderada	Se mueve o abre los ojos cuando le hablan pero no mantiene contacto visual.	
-4	Sedación profunda	No responde a estímulo verbal pero se mueve o abre los ojos ante una estimulación física.	Estimulación física
-5	Inconsciente	No responde a la voz ni a estímulos físicos.	

Procedimiento para la evaluación del RASS	
1. Observe al paciente	
a. El paciente esta alerta, inquieto o agitado.	Puntuación de 0 a +4
2. Si no esta alerta, diga su nombre y que abra los ojos y mire a quien le habla	
a. El paciente despierta y mantiene ojos abiertos y contacto visual.	Puntuación de -1
b. El paciente despierta con ojos abiertos y contacto visual pero no lo mantiene.	Puntuación de -2
c. El paciente realiza algún movimiento como respuesta a la voz, pero no hay contacto visual.	Puntuación de -3
3. Si no responde a estímulos verbales, estimule físicamente al paciente tocándole el hombro y/o frotando el esternón	
a. El paciente realiza algún movimiento ante la estimulación física	Puntuación de -4
b. El paciente no responde a ninguna estimulación	Puntuación de -5

Sedación paliativa en pediatría

Las especiales circunstancias que rodean a la enfermedad avanzada en edad pediátrica, hacen necesarias algunas consideraciones sobre la sedación paliativa:

La valoración de la refractariedad de los síntomas en estos pacientes con frecuencia es compleja y requiere la colaboración de los padres y una observación minuciosa del equipo sanitario. En Pediatría, los síntomas refractarios más frecuentes son el dolor y la disnea, siendo excepcional el delirium y especialmente difícil de valorar el sufrimiento existencial.

Otra dificultad que nos encontramos en el paciente pediátrico es el consentimiento informado. De forma genérica éste será dado por representación hasta que el menor haya cumplido los 16 años. Sin embargo, intentaremos informar al menor, teniendo en cuenta, el criterio subjetivo de madurez del menor junto al objetivo, basado en la edad, para que pueda participar en la toma de decisiones y siempre atendiendo al mayor beneficio para la vida o salud del paciente. De no ser así, ha de decidir el Juez.

Finalmente, cabe reseñar que en el caso de la sedación pediátrica es conveniente recabar el consentimiento de los padres o representantes por escrito y que éste documento conste en la historia clínica.

Tratamiento farmacológico

De forma similar al tratamiento en adultos los fármacos más comúnmente empleados son el midazolam, la levomepromacina y el fenobarbital, siempre teniendo en cuenta la dosificación específica.

- El más utilizado es el midazolam.
  - Dosis de Inducción: 0,05 mg/kg (dosis máxima de 1,5 a 3,0 mg).
  - (emplear las dosis necesarias para la inducción).
  - Dosis de mantenimiento:
    0,05 a 0,1 mg/kg/h (máximo 0,6-0,8 mg/kg/h).
  - En los niños con enfermedades neurológicas y con debilidad muscular, utilizaremos dosis de inducción menores, de 0,025 mg/kg.

- La segunda alternativa es la **levomepromazina**, mucho menos utilizada en pediatría, donde el delirium es una indicación poco común.
  - Dosis: IV, SC: 0,25-1 mg/kg/24 horas (continuo o cada 8 horas) máximo en niños 25 mg/24h

- La tercera alternativa es el **fenobarbital**, aunque cobra más protagonismo en el estatus convulsivo refractario.

- Barbitúrico de acción prolongada.
- Vía de administración: SC, IM o IV.
- Antes de administrar suspender benzodiacepinas y neurolépticos y reducir opioides 50%.
- No mezclar con otros fármacos.

- Dosis inducción IV: 1-6 mg/kg. Incrementar 1-2 mg/kg cada 3-5 minutos hasta efecto deseado.
- Dosis mantenimiento IV: 1 mg/kg/h e ir ajustando.

- Otra alternativa con poca experiencia aún en Pediatría es el **propofol**, que debe ser utilizado por personal experto y en el medio hospitalario.

  - Anestésico general acción ultracorta. Inicio de acción 30 segundos y dura 5 minutos.
  - Uso exclusivo IV.
  - No mezclar con otros fármacos.
  - Antes de administrar hay que retirar benzodiacepinas y neurolépticos y reducir opioides 50%.

  - Dosis inducción: 0,25 -0,5 mg/kg (repetir si es necesario).
  - Dosis mantenimiento: 1- 4 mg/kg/h (ir ajustando).
  - Dosis rescate: 50% dosis inducción.

Respecto al resto de fármacos que acompañan en la Sedación Paliativa como los opioides para el dolor y la disnea de base, la hioscina para las secreciones, etc, se mantienen durante la sedación al igual que se realiza en adultos.

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

E

Epílogo

La sedación paliativa, cuando está bien indicada, autorizada por el paciente o la familia y bien realizada constituye una buena práctica médica y es ética y deontológicamente obligatoria. En consecuencia, no cabe la objeción de conciencia.

La sedación paliativa implica, para el enfermo, una decisión de profundo significado antropológico: la de renunciar a experimentar conscientemente la propia muerte. Tiene también para su familia importantes efectos psicológicos y afectivos. Tal decisión ha de ser resultado de una deliberación sopesada y una reflexión compartida acerca de la necesidad de disminuir el nivel de conciencia del enfermo como estrategia terapéutica.

FORMATO DIGITAL

OMC
ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA
CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

Plaza de las Cortes, 11
28014 Madrid
Tel +34 914 317 780
cgcom@cgcom.es
www.cgcom.es