

# **SEDACIÓN PALIATIVA Y TERMINAL**

04-02-09

**José Manuel Pérez Serrano**

**F.E.A. Medicina Interna**

# SEDACIÓN

- DEFINICIONES
- CLASIFICACIÓN DE LA SEDACIÓN
- CONSIDERACIONES ÉTICAS
- RAZONES E INDICACIONES
- FARMACOS A UTILIZAR
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

# DEFINICIONES

---

**SEDAR:** Apaciguar, sosegar, calmar.

**SEDANTE:** Dícese del fármaco que disminuye la excitación nerviosa o produce sueño.

**SEDATIVO:** Que tiene virtud de calmar o sosegar los dolores o la excitación nerviosa.

**SEDACIÓN:** Acción producida por los sedantes.

# DEFINICION

En Medicina se entiende por **sedación** la administración de fármacos adecuados para disminuir el nivel de conciencia del enfermo, con el objetivo de controlar algunos síntomas o de prepararlo para una prueba diagnóstica o terapéutica estresante o dolorosa.

# SEDACIÓN PALIATIVA

Es la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios ( y con su consentimiento explícito implícito o delegado).

# SEDACIÓN TERMINAL

La administración deliberada de fármacos para producir una disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé próxima, con la intención de aliviar un sufrimiento físico y/o psicológico inalcanzable con otras medidas y con el consentimiento explícito, implícito o delegado del paciente.

# SEDACIÓN

## Tipos de Sedación

### Según el Objetivo.

- Sedación Primaria: (buscada como finalidad)
- Sedación Secundaria: (efecto secundario de un Tto.)

### Según la Temporalidad.

- Sedación Intermitente: (periodos de descanso, alerta)
- Sedación Continua: ( sin periodos de descanso)

### Según la Intensidad.

- Sedación superficial: (permite comunicación)
- Sedación Profunda: (no permite comunicación)

# SEDACION TERMINAL

## PRINCIPIOS ÉTICOS DE LA ASISTENCIA

- **No Maleficencia:** No permitir el sufrimiento del enfermo por el miedo de que se pueda adelantar la muerte al buscar el alivio de sus sufrimiento. (Evitar la obstinación terapéutica). El prolongar la vida de forma irracional y desproporcionada (distanasia)
- **Justicia:** Atención de calidad en la fase agónica.
- **Autonomía:** El paciente tiene derecho a decidir.
- **Beneficencia:** Exigencia ética de que los profesionales pongan sus conocimientos y dedicación. (hacer el bien)

# SEDACION TERMINAL

## ACTITUDES ÉTICAS

Obtener el **Consentimiento:**

**Explícito:** voluntad anticipada verbal.

Testamento vital.

**Implícito o delegado:** consentimiento familiar al equipo que lo atiende.

**Garantías éticas:** los deseos del paciente, familia, se hayan reflejado en la Hª Clínica.

Descripción del proceso de ajuste de sedación en la historia clínica.  
Valorando respuesta. (Ramsay)

# REGULACIÓN

40126

Viernes 15 nov

**22188** LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

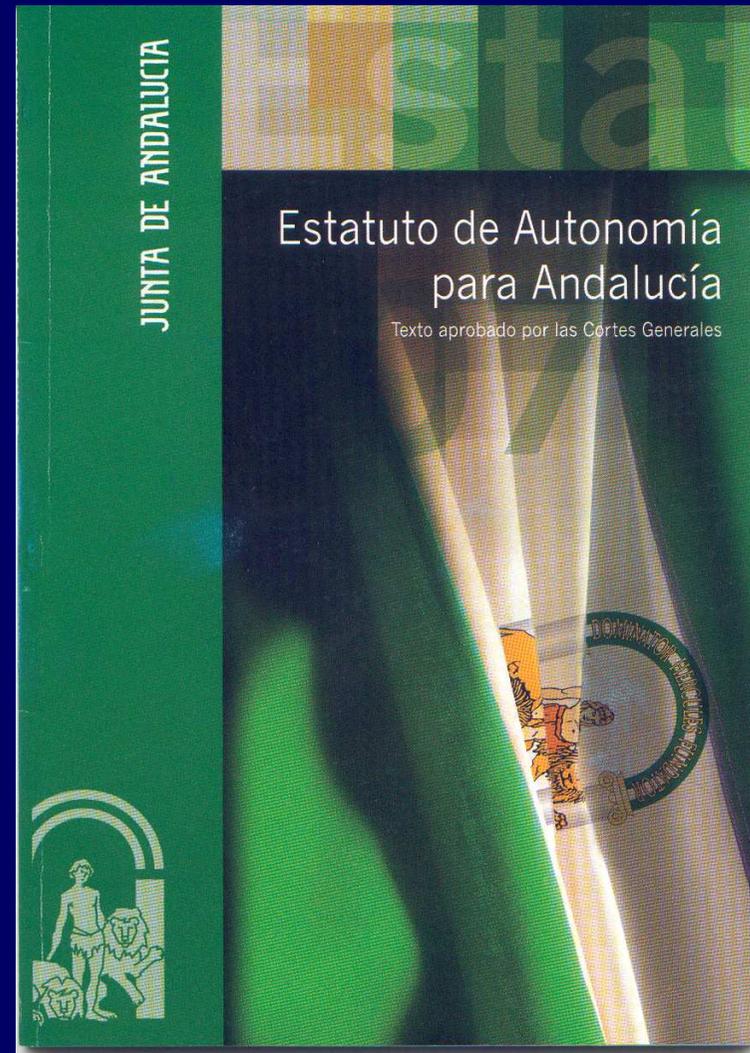
JUAN CARLOS

REY DE ESPAÑA

A todos los que la presente vieren y entendieren.  
Sabed: Que las Cortes Generales han aprobado y Yo vengo en sancionar la siguiente Ley.

## ESTATUTO DE AUTONOMÍA PARA ANDALUCÍA

- Aprobado por Referéndum el 18 de febrero de 2007.
- Sancionado por S.M. el Rey el 19 de marzo de 2007 (Ley Orgánica 2/2007).



# Artículos Estatuto de Autonomía para Andalucía

## Artículo 22. Salud.

1. Se garantiza el derecho constitucional previsto en el artículo 43 de la Constitución Española a la protección de la salud mediante un sistema sanitario público de carácter universal.

Derechos en materia de Salud

2. Los pacientes y usuarios del sistema andaluz de salud tendrán derecho a:

- a) Acceder a todas las prestaciones del sistema.
- b) La libre elección de médico y de centro sanitario.
- c) La información sobre los servicios y prestaciones del sistema, así como de los derechos que les asisten.
- d) Ser adecuadamente informados sobre sus procesos de enfermedad y antes de emitir el consentimiento para ser sometidos a tratamiento médico.
- e) El respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad.
- f) El consejo genético y la medicina predictiva.
- g) La garantía de un tiempo máximo para el acceso a los servicios y trata-

mientos.

h) Disponer de una segunda opinión facultativa sobre sus procesos.

→ i) El acceso a cuidados paliativos.

j) La confidencialidad de los datos relativos a su salud y sus características genéticas, así como el acceso a su historial clínico.

k) Recibir asistencia geriátrica especializada.

3. Las personas con enfermedad mental, las que padezcan enfermedades crónicas e invalidantes y las que pertenezcan a grupos específicos reconocidos sanitariamente como de riesgo, tendrán derecho a actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes.

4. Con arreglo a la ley se establecerán los términos, condiciones y requisitos del ejercicio de los derechos previstos en los apartados anteriores.

## Artículo 20. Testamento vital y dignidad ante el proceso de la muerte.

Derecho a testamento vital y a la dignidad ante el proceso de muerte

1. ~~Se reconoce el derecho a declarar la voluntad vital anticipada que deberá respetarse, en los términos que establezca la ley.~~

2. Todas las personas tienen derecho a recibir un adecuado tratamiento del dolor y cuidados paliativos integrales y a la plena dignidad en el proceso de su muerte.

# INDICACIONES SEDACION

## ¿ CUANDO ?

- **Procedimientos diagnósticos.** ( no terminal )
- **Síntomas incontrolables:** Delirium, Dolor, Disnea, Vómitos, Hemorragia masiva, Oclusión Intestinal, Convulsiones,
- **Neoplasias extensas.**
- **Agonía.**

# RECONOCIMIENTO DE LA AGONÍA

(MENTEN 2004)

## SIGNOS DIAGNÓSTICOS

- Nariz fría o pálida.
- Extremidades frías.
- Livideces.
- Labios cianóticos.
- Estertores de agonía.
- Pausas de apnea.
- Anuria.
- Somnolencia

# SEDACION TERMINAL

¿ COMO ?

Fármacos:

Midazolam.

Levomepromazina.

Clorpromazina.

Haloperidol.

Fenobarbital.

Propofol.

Cloruro Mórfico.

# ESCALA DE RAMSAY

<b>NIVEL I</b>	Paciente despierto, ansioso o agitado.
<b>NIVEL II</b>	Paciente despierto, tranquilo, orientado y colaborador.
<b>NIVEL III</b>	Despierto, responde a órdenes verbales.
<b>NIVEL IV</b>	Dormido con respuesta rápida a órdenes y dolor.
<b>NIVEL V</b>	Dormido con respuesta lenta a órdenes y dolor.
<b>NIVEL VI</b>	Sin respuesta.

# FARMACOS

## Midazolam:

- Fármaco de elección
- Vía administración: **IV**, **SC**.
- Vida media 4h. Techo terapéutico 160-200 mg

### SC NO BDZ

Dosis: bolo: 2,5-5 mg.  
rescate: 2,5-5 mg.  
**ICSC**: inicio 20-30 mg/24h.

### SC SI BDZ

- bolo: 5-10 mg.  
- rescate: 5-10 mg.  
- **ICSC**: inicio 25-50 mg/24h.

### IV NO BDZ

Dosis: bolo: 1,5mg/5'  
rescate: Total dosis de inicio.  
**ICEV**: inicio 20-30 mg/24h.

### IV SI BDZ

- bolo: 3,5mg/5'

# FARMACOS

## Levomepromazina: Sinogan®

- Neuroleptico.
- De elección cuando el síntoma refractario es el delirium o si falla el midazolam.
- Vía administración: **IV**, **SC**.
- Vida media: 15-30h. Dosis máxima: 300mg/día.

**SC**

Dosis: bolo inicio 12,5-25mg.  
rescate: 12,5 mg  
IC**SC**: 100mg/24h

**IV**

- La  $\frac{1}{2}$  de la dosis sc.

# FARMACOS

## Clorpromazina:

- Neuroléptico, más potente que el haloperidol.
- Acción sedante rápida.
- Vía administración: **IV**, **IM**
- Dosis: comenzar con 25mg/8h y aumentar. Max.-300mg

## Haloperidol:

- Neuroléptico, escasamente sedante, acción antipsicótica.
- Indicado: Tto. *delirium*, antiemético.
- Vida media: 12-24h
- Vía administración: **IV**, **SC**, **IM**
- Dosis: 20mg/24h.  
bolo inducción: 2,5-10mg.  
**ICEV**: 50mg en 250ml. (1-5mg/h)

# FARMACOS

## Fenobarbital:

- Barbiturico de acción prolongada.
- Vida media: 50-150h
- Vía administración: **IV**, **SC**, **IM**.
- Indicado: si falla midazolam y levomepromazina.  
Tan solo en la sedación terminal.

### IV

Dosis: bolo: 2mg/kg lento

**ICEV**: 1mg/kg/h, (ver respuesta)

### SC, IM.

Dosis: 100-200mg. **IM**

- Dosis rescate: 100mg. **SC,IM**

**ICSC**: 600mg/24h. (ver respuesta)

# FARMACOS

## Propofol:

- Anestésico, hipnótico de acción corta.
- Sedación breve. y continua.
- Vía administración: **IV**
- Vida media: 40'
- Indicado: fallo o/y alergias a BDZ, Levomepromazina
- Dosis: Inducción en bolo 1-1,5mg/kg. en 1 a 3 min.  
rescate: 50% dosis de inducción.  
**ICEV**: 1-2mg/kg/h.

# FARMACOS

## Opiáceos

Se utilizan para la analgesia intensa y asociados a BZD cuando además se pretende sedación.

### Cloruro Mórfico:

Dosis: Inicio 2mg en bolo **iv. sc.**

Infusión: 0,8-1mg/h. Titulando y ver respuesta.

### Meperidina:

Dosis: Inicio 20-50mg en bolo **iv, sc.**

Infusión: 0,5-1mg/kg/h.

**Fentanilo:** Empleado en anestesia. (vida media corta)

# CONCLUSIONES

- ~~Derecho a ser tratado con la mayor dignidad y aliviado del sufrimiento. Aplicando una sedación paliativa y terminal.~~
- La sedación en CP es una maniobra terapéutica destinada al alivio de síntomas refractarios.
- Puede estar indicada en pacientes en situación agónica
- Las indicaciones más frecuentes son: Delirium, Disnea, Dolor, HDA masiva...
- Cuando se indica la sedación se recomienda hacerlo constar en la Hª Clínica, (incluido el consentimiento) los motivos, y la monitorización de los resultados.
- La hidratación parenteral de un paciente sedado sólo se contempla si no está en situación agónica.
- Las decisiones deben de ser individualizadas, según las circunstancias del paciente y los deseos de la familia.
- Ni la sedación paliativa ni la terminal son eutanasia encubierta. (las diferencias están en el objetivo, indicación, procedimiento).

# BIBLIOGRAFÍA

1. Amadori D, Bruera E, Cozzaglio L, et al. Guidelines on artificial nutrition versus hydration in terminal cancer patients. *Nutrition* 1996; 12: 163-67.
2. Azulay Tapiero A. La sedación terminal. Aspectos Éticos. *An Med Interna*, 2003; 20:645-9.
3. Barbus A.J. y cols. Seminario del Michigan Inservice Education Council. En: *Paciente terminal y muerte. Atención integral en enfermería.* pp: 158. Ed. Doyma. Barcelona,
4. Boceta Osuna J; Cia Ramos R; Cuadra Liro de la Carmen; Duarte Rodríguez M; Durán García M; García Fernández E; Marchena Rodríguez C; Medina Barranco J; Rodríguez Muñoz P. *Cuidados Paliativos Domiciliarios. Atención Integral al Paciente y su Familia.*  
Documento de apoyo al Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla 2003.
5. Boceta Osuna J. *Sobre Cuidados Paliativos, Atención En La Agonía, Sedación Y Otros Asuntos.* Medicina de Familia de Andalucía. (En prensa).