

GUÍA DE ACTUACIÓN EN UNA GUARDIA DE MEDICINA INTERNA:**Sedación Paliativa y Terminal****(Dr. José Manuel Pérez Serrano; 27/01/2009)**

La sedación es una maniobra terapéutica indicada, para prevenir el distrés, producido por una maniobra diagnóstica, el control de síntomas refractarios de una enfermedad y en la agonía.

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 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).

Tipos de Sedación

Según el Objetivo.

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

Según la Temporalidad.

- **Sedación Intermitente:** (permite periodos de alerta).
- **Sedación Continua:** (sin periodos de descanso).

Según la Intensidad.

- **Sedación superficial:** (permite la comunicación con el paciente).
- **Sedación Profunda:** (No permite la comunicación).

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)

INDICACIONES

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

NOTA IMPORTANTE: Estas "guías de actuación" se deben adecuar, por parte de cada profesional, a cada enfermo específicamente. NO USAR ESTOS PROTOCOLOS DE FORMA INDISCRIMINADA !!.

- Neoplasias extensas.
- Agonía.

SIGNOS DIAGNÓSTICOS DE AGONÍA

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

Fármacos: Midazolam. Levomepromazina. Clorpromazina. Haloperidol. Fenobarbital.

Propofol. Cloruro Mórfo.

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.

IV NO BDZ

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

SC SI BDZ

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

IV SI BDZ

- bolo: 3,5mg/5´

Levomepromazina:

- 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.
ICSC: 100mg/24h.

IV

- La ½ de la dosis sc.

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).

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.

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).

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

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

*** Escala de Ramsay**

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