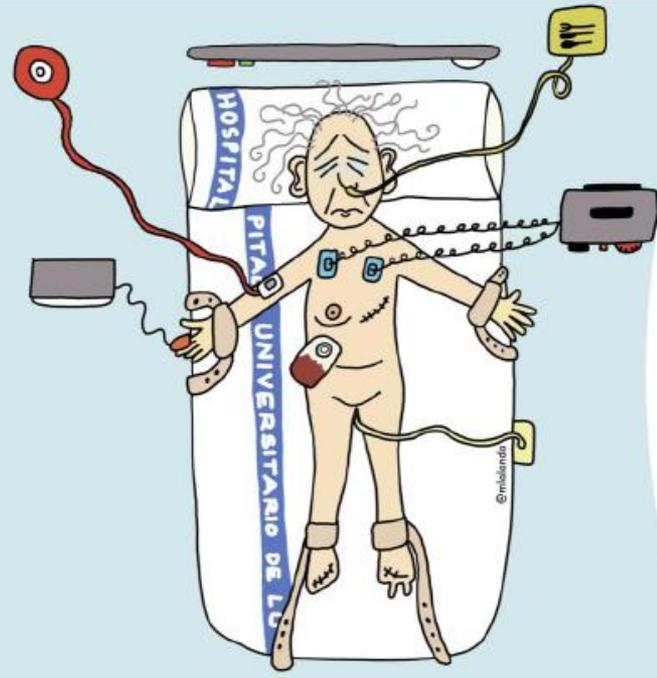


SEDACIÓN PALIATIVA PARA ADULTOS CON ENFERMEDAD TERMINAL

CAULE, S^o de Medicina Interna
León, 13/12/2024
Antonio Paredes Mogollo

 HOSPITAL EL BIERZO	Fecha de la última
	PROCOLO DE SEDACIÓN PALIATIVA



© Médico a Cuadros

Adecuación de Esfuerzo Terapéutico en M. Interna

*desde el sentido común y...
una propuesta*

Luis Marcos Martínez

León, 13 de septiembre de 2024

PROCOLO DE SEDACIÓN PALIATIVA PARA ADULTOS CON ENFERMEDAD TERMINAL

Batalla del Cabo de San Vicente, 1797



CONCEPTOS (1)

- **MORIR CON DIGNIDAD.** Un ser humano hasta su muerte (respeto a creencias y valores) → toma de decisiones. Alivio del sufrimiento. Cercanía de los allegados. Entorno amable
 - Lo que plantea la **SEDACIÓN COMO RECURSO TERAPÉUTICO**
- **ENFERMEDAD INCURABLE AVANZADA - TERMINAL**
 - Progresiva. Sin posibilidad razonable de respuesta al tratamiento
 - Numerosos problemas: síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes (Gran impacto emocional en el enfermo, familia y personal sanitario) Pronóstico vital limitado a corto/medio plazo (**CORTO –DÍAS/SEMANAS**), Situación de fragilidad y pérdida de autonomía personal
 - Acotar el Px → → → **DECIDIR ACTITUD y TRATAMIENTOS**
 - ¿El tratamiento actual modificará la H^a natural de la enfermedad terminal?
- **SÍNTOMA REFRACTARIO:** el que no puede ser controlado a pesar de esfuerzos intensos y apropiados para hallar un tratamiento tolerable que no comprometa la conciencia del paciente. Vs síntoma difícil (Disnea, dolor, delirium, distrés psicológico, náuseas / vómitos, hemorragia masiva, prurito...)

CONCEPTOS (2)

- **SEDACION PALIATIVA EN LA AGONÍA (¿terminal?)**
- **ADMINISTRACIÓN DELIBERADA DE FÁRMACOS...**
(prescribe el médico)
Demanda por el enfermo/familia → INDICADOR DE MALESTAR
- **EN LAS DOSIS Y COMBINACIONES REQUERIDAS... (*)**
- **PARA REDUCIR LA CONCIENCIA DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL TANTO COMO SEA NECESARIO...**
(Proporcionalidad en las dosis y combinaciones utilizadas)
(Evaluar el alivio del sufrimiento → Usar escalas de sedación)
- **PARA ALIVIAR ADECUADAMENTE UNO O VARIOS SÍNTOMAS REFRACTARIOS...**
- **CON SU CONSENTIMIENTO EXPLÍCITO, IMPLÍCITO O DELEGADO**
La sedación anula la conciencia (capacidad de relación y expresión de preferencias)
→ PLANIFICACIÓN ANTICIPADA ENFERMO/FAMILIA
En el enfermo incapaz: DECISIÓN APOYADA EN LA FAMILIA

CONCEPTOS (2)

- **SEDACION PALIATIVA EN LA AGONÍA (¿terminal?)**

- **ADMINISTRACIÓN DELIBERADA DE FÁRMACOS**

(p
D

(*) NO ES SEDACIÓN:

STAR

- EN LA

- PARA ENFER

(F
(E

- Somnolencia por fármacos: opioides, BDZ,, antiH1, neurolépticos... (Es un EF 2º)

- El menor N. de Conciencia por un daño NRL, metabólico o de otro origen al final de la vida en el transcurso de la enfermedad terminal.

S

- PARA

- REFRA

ADO

- CON S

«SEDADOS DE SERIE»

La sedación anula la conciencia (capacidad de relación y expresión de preferencias)

→ PLANIFICACION ANTICIPADA ENFERMO/FAMILIA

En el enfermo incapaz: DECISION APOYADA EN LA FAMILIA

¿Qué es la agonía (Situación de últimos días)?

Fase del final de la vida, que precede a la muerte cuando ésta acontece gradualmente

Se caracteriza por:

- Deterioro físico intenso, debilidad extrema
- Alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia
- Dificultad para la relación y la ingesta
- Pronóstico de horas/pocos días

¿QUÉ SIGNOS DEFINEN LA AGONÍA?

Nuevos síntomas o cambios (mejor / peor) empeoramiento de los previos	Percepción del dolor: aumentar o disminuir y desaparecer
	Disnea
Pérdida del tono muscular (Astenia extrema)	Encamamiento por: debilidad progresiva y extrema, postración, hipotonía
	Disminución y dificultad progresiva para la ingesta, desinterés por ella
	Afilamiento facial y de las alas nasales
	Incontinencia por pérdida del tono fecal y urinario
Deterioro de signos y constantes vitales	Hipotensión, pulso filiforme, irregular, rápido, frialdad cutánea
	Respiración irregular, polipnea superficial, apneas, estertores
Deterioro de la circulación sanguínea (insuficiencia circulatoria)	Cambios de color, palidez, tono cetrino, amarillento
	Livideces cutáneas, aparición de roces por encamamiento
	Frialdad distal
Alteración del nivel de conciencia	Somnolencia prolongada, puede alternar con periodos de lucidez
	Desorientación, confusión creciente, incapacidad para fijar la atención
	Fluctuación: desde agitación "débil", (raro hiperactiva), al estupor-coma
	Típicamente SINDROME CONFUSIONAL HIPOACTIVO
	Alucinaciones
Afectación sensorial Distorsión de la relación con el medio	Visión borrosa, desenfocada
	OIDO y TACTO PARECEN PRESERVADOS HASTA EL FINAL
Nivel emocional (más en familia que en el propio enfermo) Relación a percepción de muerte inminente	HIPOACTIVAS: Resignación, relación en silencio, miradas
	HIPERACTIVAS: Crisis de ansiedad, episodios de rabia, agitación

ASPECTOS ÉTICOS y DEONTOLÓGICOS (1)

- **PRINCIPIO DE NO MALEFICENCIA (no hacer daño)**
- OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA vs AET
AET: «permite» la muerte (NO la produce)
- USO «PUSILÁNIME» DE ANALGESICOS POTENTES
- OBJECCIÓN DE CONCIENCIA Vs Insuficiencia formativa

- **PRINCIPIO DE AUTONOMÍA (autogobierno de la persona)**
- Desde valores propios → Decisiones libres (control responsable de la propia vida) → Decide sobre sus asuntos vitales (de salud)
- **CONSENTIMIENTO INFORMADO (CI):** Conformidad libre, voluntaria y consciente de un enfermo en el pleno uso de sus facultades tras recibir la información adecuada para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud
 - Explícito del paciente (si fuera posible)
 - Implícito del paciente (refrendados por su familia)
 - Delegado. Por representación en el paciente incapaz

ASPECTOS ÉTICOS y DEONTOLÓGICOS (2)

- **PRINCIPIO DE BENEFICENCIA (promover lo mejor)**
- Actuación del médico en aras del bienestar del enfermo
 - + ppio AUTONOMÍA: Quien autogobierna su vida sabe lo que es mejor para sí mismo
- Relación médico-paciente estrecha y confiada, conocer los valores y creencias. ATENCIÓN PLANIFICADA. VOLUNTADES ANTICIPADAS
- **PRINCIPIO DE JUSTICIA (equidad de recursos)**
- Eficiencia en la distribución de recursos
- OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA (esfuerzo terapéutico ineficiente... maleficente)
- Sedación paliativa como recurso terapéutico ordinario, de excelencia, en el cuidado del enfermo para el alivio del sufrimiento allá donde se encuentre

ASPECTOS ÉTICOS y DEONTOLÓGICOS (3)

● CODIGO DE DEONTOLOGÍA (CGCOM-2022)

- El médico tienen el deber de intentar la curación o mejoría del paciente ... cuando no sea posible permanece la obligación de aplicar las medidas para conseguir su mayor bienestar posible y dignidad, aun cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida (Cap IX, art 38.1)
- Cuando la situación ... no le permita tomar decisiones ... el médico debe respetar las instrucciones previas ... la opinión del paciente ... conocida con anterioridad y la expresada por sus representantes (Cap IX, art 38.3)
- La sedación paliativa en fase terminal es un tratamiento correcto ... cuando existen síntomas refractarios ... se debe obtener el consentimiento explícito o implícito del paciente o por representación ... registrado en su historia clínica (Cap IX, art 38.5)

CRITERIOS/REQUISITOS PARA PROCEDER

- **1.- SUFRIMIENTO INTENSO** (síntoma refractario)
 - Evaluado y contrastado (Dx y tratamientos previos)
 - Registrado en la H^aC^a
- **2.- OBJETIVO: ALIVIO DEL SUFRIMIENTO** (NO acortar la vida)
 - Reducción del nivel de conciencia proporcional (dosis mínima eficaz)
 - Registrar: medicamentos, ajustes, respuesta, cuidados generales
- **3.- OBTENER EL CI (de quien pueda darlo).** La capacidad:
 - El enfermo está informado de los hechos (estado de la enfermedad, síntoma refractario)
 - Entiende esos hechos
 - Es capaz de hacer una elección voluntaria (sin coerción) razonada
 - Es capaz de comunicar su decisión
- **IMPORTANCIA DE LA PLANIFICACION ANTICIPADA DE CUIDADOS**
 - **Esta capacidad es excepcional en la agonía** (somnolencia, delirium, disminución de la conciencia, debilidad extrema...)
 - No es necesario un formulario escrito, basta verbal de quien pueda darlo y registrarlo en la H^aC^a con fácil acceso a los datos

CRITERIOS/REQUISITOS PARA PROCEDER

● 3.- OBTENER EL CI (cont)

- SEDACION URGENTE (ej: sofocación por hemorragia masiva)

- Renuncia del enfermo a ser informado → Familiares responsables

- NECESIDAD TERAPÉUTICA (privilegio terapéutico)

Hay razón objetiva de daño, por lo que se prefiere no informar.

CONSENTIMIENTO EXPLÍCITO DE LA FAMILIA

EXCEPCIONAL → Justificar y registrar en la H^aC^a

- Al enfermo se le debe decir tanta verdad como quiera conocer

- Exige uso de habilidades de la comunicación (asertividad y empatía)

- LA VERDAD APROPIADA PARA UN PACIENTE SE ENCUENTRA EN UNA AMPLIO RANGO (nivel de sospecha ----- información exhaustiva)

- EL MEDICO DEBE EXPLORAR HASTA DÓNDE PUEDE LLEGAR

- NO SE DEBE MENTIR... Y NO SE DEBE CAER EN LA OBSTINACIÓN INFORMATIVA

CRITERIOS/REQUISITOS PARA PROCEDER

- **3.- LA DIFÍCIL E INCÓMODA OBTENCIÓN DEL CI:**
- Información sencilla, sin tecnicismos
- Averiguar qué sabe de su Dx, de su Px (también su opinión)
- Cuánto tiempo lleva con ese síntoma refractario, grado de alivio previo, otros síntomas concomitantes (insomnio, tos, vómitos, desasosiego...)
- De esa comunicación se deduce que la sedación es el tratamiento lógico por fracaso de los anteriores

- **EXPLICAR EL BENEFICIO DE LA SEDACIÓN:**
- Alivio del síntoma, descanso y reposo
- Disminución de la conciencia, de la alimentación y de la capacidad de comunicación (con frecuencia lo perciben como un alivio, no como una consecuencia dañina del tratamiento)
- Explicar la simplificación del resto de tratamientos (de la AET)
- **SER DILIGENTE, SIN PRISAS, QUE HABLE y SE DESPIDA, QUE ESPERE A ALGÚN FAMILIAR, QUE SE LO PIENSE**
- **POSIBILIDAD DE REVISAR EL TRATAMIENTO SI CAMBIAN LAS CIRCUNSTANCIAS**
- **A LA FAMILIA INFORMACIÓN ALGO MÁS DETALLADA (PROCEDIMIENTOS DEL CUIDADO)**

CRITERIOS/REQUISITOS PARA PROCEDER

- **3.- EN LA PRÁCTICA: DOS SITUACIONES EN EL CI:**
 - Consentimiento explícito otorgado por el paciente en situación previa a la agonía y del síntoma refractario, desde la comunicación confiada con su médico responsable, refrendada por la familia
 - Consentimiento por representación en presencia de la sintomatología refractaria, en la propia agonía y ante un paciente incapaz, en general con consentimiento implícito. Esta es la situación más frecuente
- **4.- HA TENIDO OPORTUNIDAD DE SATISFACER SUS NECESIDADES FAMILIARES, SOCIALES, ESPIRITUALES**

SEGUIMIENTO SEDACIÓN EN LA AGONÍA

- REPLANTEAMIENTO (AET) → → CUIDADOS y CONFORT
- Cuidados elementales de higiene, piel y de la boca. Mínima movilización
- Espaciar las curas todo lo posible, vigilar secreciones y mal olor
- Suspendir: toma de ctes, glucemias, Rx, análisis...
- Explicitar NO RCP y situación actual de sedación paliativa
- Evaluación periódica, sencilla, **SIN ESTIMULAR**
- Grado de Sedación (**Escala de Ramsay**): observe y pregunte
- T^a, secreciones bronquiales: observe y palpe someramente



SEGUIMIENTO SEDACIÓN EN LA AGONÍA

- REPLANTEAMIENTO (AET) → → CUIDADOS y CONFORT
- Cuidados elementales de higiene, piel y de la boca. Mínima movilización
- Espaciar las curas todo lo posible, vigilar secreciones y mal olor
- Suspendir: toma de ctes, glucemias, Rx, análisis
- Explicitar NO RCP y situación actual de sedación paliativa
- Evaluación periódica, sencilla, SIN ESTIMULAR

ESCALA DE RAMSAY

1	Ansioso, agitado, inquieto, angustiado
2	Tranquilo, orientado y colaborador
3	Responde a la voz
4	Responde rápido al dolor o presión glabellar
5	Responde perezoso al dolor o presión glabellar
6	Coma. No responde

SEGUIMIENTO SEDACIÓN EN LA AGONÍA

- ALIMENTACIÓN ORAL: SUSPENDIDA
- HIDRATACIÓN: NO INDICADA. Vía para acceso de medicación sedante
- SOLO MEDICACIÓN IMPLICADA EN EL ALIVIO SINTOMÁTICO

AntiHTA, Insulinas, Laxantes, IBPs, ATBs, NBZs, CCs, N. Parenteral, Sueroterapia reglada, Supl dietéticos, Anticoagulantes...

- ¿FIEBRE?: Medidas físicas, (Ketorolaco, Diclofenaco Sc)
 - ¿SECRECIONES BRONQUIALES?: antiseoretos, ¿aspiración?
 - Observar si hay RAO (causa de inquietud, valorar sondaje transitorio)
- 

SEGUIMIENTO SEDACIÓN EN LA AGONÍA

- ALIMENTACIÓN ORAL: SUSPENDIDA
- HIDRATACIÓN: NO INDICADA. Vía para acceso de medicación sedante
- SOLO MEDICACIÓN IMPLICADA EN EL ALIVIO SINTOMÁTICO

~~AntiHTA, Insulinas, Laxantes, AINEs, AIBZS, CCs, N. Parenteral, Sueroterapia
reglada, Supl dietéticos, Anticoagulantes~~

- ¿FIEBRE?: Medidas físicas, (Ketorolaco, Diclofenaco Sc)
- ¿SECRECIONES BRONQUIALES?: antsecretores, ¿aspiración?
- Observar si hay RAO (causa de inquietud, valorar sondaje transitorio)

RETIRE LOS TRATAMIENTOS FUTILES

SIMPLIFIQUE: LA MEDICACIÓN SUELE CABER EN UN ÚNICO SUERO

SEGUIMIENTO SEDACIÓN EN LA AGONÍA

- **ATENCIÓN A LA FAMILIA**
- **DISPONIBILIDAD, DISPONIBILIDAD, DISPONIBILIDAD**
- Aclarar dudas sobre la situación premortem y lo correcto de las medidas
- Ofrecer participación en cuidados sencillos, (piel, boca, medios físicos)
- Explicar (a veces repetidamente) el Dx y el Px
- Explicar que no es necesaria la ingesta (es consecuencia del estado premortem del enfermo y no su causa)
- Facilitar la intimidad familiar, si fuera posible

SUPERVIVENCIA, LA GRAN PREGUNTA

● SUPERVIVENCIA DEL PACIENTE SEDADO

- La evidencia publicada, sin ser de gran calidad por motivos obvios, sugiere que la sedación bien indicada y prescrita no acorta la vida (incluso podría aumentarla). Aunque se reconozca que sí podría acortarla
- El tiempo de supervivencia suele guardar más relación con el propio proceso de la agonía (90% fallecen en 4 días)
- Una sedación prolongada en el tiempo nos hará redoblar la asistencia a una familia emocionalmente sobrecargada y físicamente agotada

AGONÍA (Situación de Últimos Días)

AGONÍA: SIGNOS DE MENTEN

1	Nariz fría o pálida (<i>afilamiento facial</i>)
2	Extremidades frías
3	Labios cianóticos
4	Somnolencia (> 15 h/d)
5	Livideces
6	Anuria (< 300 cc/d)
7	Pausas de apneas (> 15 seg / min)
8	Estertores de agonía

- 1 a 3 signos: fase preagónica

4 a 8: fase agónica (90% mueren en 4 días)

- 8% mueren de forma aguda "sin avisar"

- La **somnolencia** es el más **prevalente**

- Las **livideces** y la **anuria** son los más **precoces**

- Las **apneas** y los **estertores** son los más **próximos a la muerte**

(8 UCPs desde aparición de uno de los signos, cada 12 h y hasta la muerte, 685 pacientes)

Santísima Trinidad (4 - 136)
Infante Don Pelayo (2 - 74)
San Pablo (2 - 74)



FÁRMACOS: GENERALIDADES

- **MDZ y LVMZ: elección**
- 1ª elección:
 - MDZ: siempre salvo delirium
 - LVMZ: delirium c/s MDZ
- 2ª elección:
 - Cambiar el de 1ª elección, si fracasa, o combinarlos
- **FENOBARBITAL, PROPOFOL: alternativas**
 - 3ª elección: Fenobarbital (IV / SC) o Propofol (sólo IV)
- **NO RETIRAR ANALGÉSICOS de 3er ESCALÓN**
- **VÍAS: IV (ingresados / URG)**
SC (ingresados / domicilio)

FÁRMACOS: GENERALIDADES

- **COMBINADOS EN PERFUSIÓN ÚNICA**
 - Bomba: 250-500 mL/d SF (50-100 mL domicilio)
 - (MDZ, LVMZ, MORF, BUSCAPINA / ESCOPOLAMINA)
- **DI: Σ bolos para la sedación inicial**
- **DR: bolo extra por agudización del S Refr (= DI)**
- **DM: DMinE en perfusión que alivia S Refr (DI x 6)**
- **RENOVAR c 24 h. AJUSTAR DM + DR = DM' y DR'**
- **Ajuste estándar Vs AJUSTE RÁPIDO (1^{as} 8-12 h)**
 - Si ≥ 3 DR en las 1^a 24 h (st 12 h) \rightarrow AUMENTAR PERFs 33-50%

ELECCIÓN DEL FÁRMACO: MIDAZOLAM

- Elección en todo síntoma refractario, excepto delirium
- BDZ hidrosoluble, ansiolítica, miorelajante, anticonvulsivante
- Inicio 2-3 min (IV) y 5-10 min (SC) VM 2-5 h (bolos c 4 h)
- Tolerancia en admon prolongada. Retirar progresivamente (Ef rebote)
- En pacientes que ya usaban BDZ se recomienda doblar las dosis

USO DE MIDAZOLAM		
PRESENTACIONES	DOSIS SC / IV	COMENTARIOS
DORMICUM® Amp 15 mg/ 3 ml	DI-SC: 5-10 mg DI-IV: 2,5-5 mg	Jeringa de 10 ml con: 1 amp 15 mg/ 3 ml + 7 ml SF → 1 ml = 1,5 mg Administrar bolos de 1ml cada 3-5 min, hasta inducir el nivel de sedación inicial (DI), luego se continuará con la DM-IV/SC
MIDAZOLAM EFG Amp 5 mg/ 5 ml Amp 50 mg/ 10 ml	DM = DI x 6 (para 24 h) DM-IV/SC = 60 mg/ 24 h DR = DI o bien DM / 6 Si precisa ≥ 3 DR en 24 h aumentar la DM un 33-50%	Para sedación urgente doblar dosis (p ej: hemorragia masiva con sofocación) Dosis máxima: 200-240 mg/ d

DI: dosis de inducción; DM-IV/SC: dosis de mantenimiento en infusión continua intravenosa y/o subcutánea; SF: suero fisiológico; DR: dosis de rescate; min: minuto

ELECCIÓN DEL FÁRMACO: LEVOMEPRMAZINA

- Elección en el delirium
- NRL (fenotiazina): antipsicótico, antiemético y sedante
- Inicio 20-40 min; VM 15-30 h
- av con MDZ (abuso de EtOH y sustancias: riesgo de delirium por BDZ)
- Riesgo síntomas extrapiramidales, y RAO (acción antiCol en prostáticos)

USO DE LEVOMEPRMAZINA		
PRESENTACIONES	DOSIS SC / IV	COMENTARIOS
SINOGAN® Amp 25 mg/ 1 ml	DI-SC: bolos 12,5-25 mg DI-IV = DI-SC/2 DM-IV/SC = 100 mg/ d DR = DI Si precisa ≥ 3 DR en 24 h aumentar DM en 33-50%	Si se usa ante fallo de MDZ reducir la dosis de MDZ al 50% y luego 1/3 cada día hasta suspender, también para otras BDZ si se usaban previamente En uso IV reducir dosis a la mitad Dosis máxima 300 mg/ d

DI: dosis de inducción; DM-IV/SC: dosis de mantenimiento en infusión continua intravenosa y/o subcutánea; DR: dosis de rescate; BDZ: benzodiazepinas

ELECCIÓN DEL FÁRMACO: FENOBARBITAL

- Elección si fracasan MDZ y LVMZ (IV / SC)
- Barbitúrico anticómicial de acción prolongada. VM 50-150 h
- **NO MEZCLAR**

USO DE FENOBARBITAL (No mezclar)		
PRESENTACIONES	DOSIS SC / IV	COMENTARIOS
LUMINAL® Amp 200 mg/ 1 ml	DI-IM: bolos 1-3 mg/ K lento (generalmente 200 mg) DM-SC = 0,5 mg/K/h (800 mg SC/ 24 h) DI-IV: 2 mg/ K lentos DM-IV: 0,5 mg/K/h	Suspender MDZ o LVMZ antes de iniciar la perfusión. Reducir los opioides a la mitad Pueden producir inestabilidad cardiorrespiratoria, broncoespasmo y estertores. Utilizar antisecretores Dosis máxima: 1200 mg/ d

DI: dosis de inducción; DM: dosis de mantenimiento (SC o IV); IM: intramuscular; K: kilogramo

ELECCIÓN DEL FÁRMACO: PROPOFOL

- Elección si fracasan MDZ y LVMZ (sólo IV)
- Anestésico general de acción ultracorta. VM 30-60 min
- Evitar en alérgicos a la soja (excipiente)
- Uso directo (o en SG5%)
- Rápida tolerancia precisando ajustes de dosis al alza
- **NO MEZCLAR**

USO DE PROPOFOL (No mezclar)		
PRESENTACIONES	DOSIS sólo IV	COMENTARIOS
DIPRIVAN® PROPOFOL EFG Amp 10 mg/ ml con 20 ml Vial 10 y 20 mg/ ml con 50 ml	DI: 1-1,5 mg/ K en 1-3 min DM-IV = 3 mg/K/h DR = DI/2. Luego aumentar la DM un 33% cada 5 min hasta lograr el nivel de sedación deseado	Suspender el MDZ o LVMZ antes de iniciar la perfusión Reducir los opioides a la mitad Dilución sólo en SG5% Probable necesidad de ajustes al alza de la DM

DI: dosis de inducción; DM: dosis de mantenimiento; DR: dosis de rescate; K: kilogramo; SG5%: suero glucosado

ELECCIÓN DEL FÁRMACO: OTROS

- **Antisecretores: BUSCAPINA® y ESCOPOLAMINA®**
- Disminución de secreciones respiratorias (estertores premortem)
- BBr Hioscina (buscapina) amp 20 mg/1 mL. 60-120 mg/d
- Hioscina (escopolamina) amp 0,5 mg/1 mL. 1,5-3 mg/d

- **Antitérmicos: en general bastan los medios físicos**
- Metamizol o paracetamol IV. Diclofenaco o Ketorolaco SC

- **Opioides (típicamente morfina)**
- Amp 10 mg/1 mL, Viales de 20 mL 20 mg/mL, Amp de 10 mL 40 mg/mL

- **LA MORFINA NO ES UN FÁRMACO QUE SE DEBA USAR CON INTENCIÓN SEDATIVA**
SI YA ESTABA PRESENTE SE MANTENDRÁ

- Dado que se indica para el dolor y disnea y éstos son S Refr frecuentes...
... SERÁ HABITUAL ENCONTRAR MORFINA EN UNA SEDACIÓN

ELECCIÓN DEL FÁRMACO: OTROS

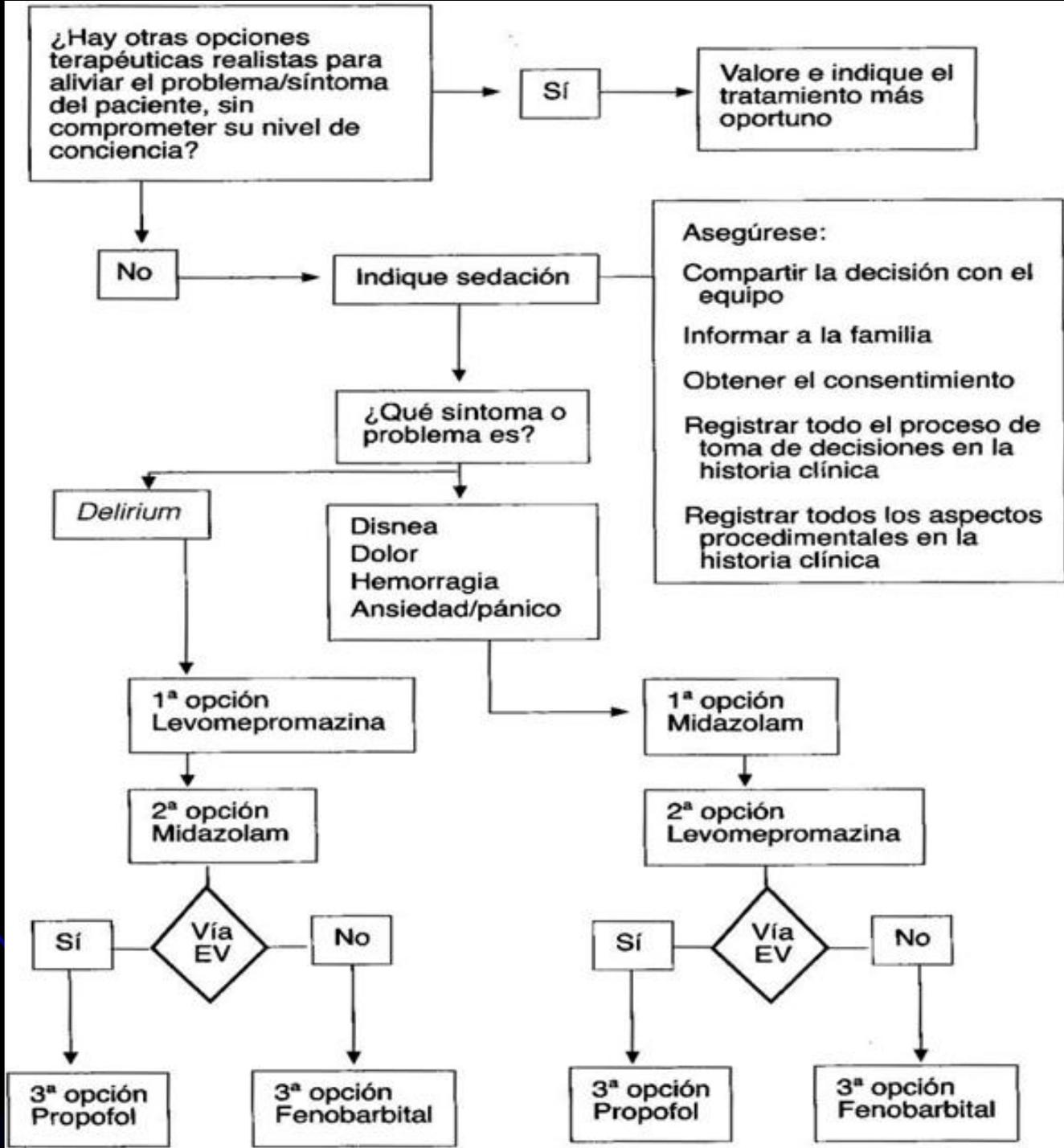
LOS OPIOIDES **NO SON** FÁRMACOS PARA SEDAR

- ¿Y SI EL PACIENTE USA UN OPIOIDE DISTINTO A LA MORFINA?
 Rotar a morfina parenteral e incluir en la perfusión de sedación
 Convertir desde la VO a la parenteral incluyendo las DM y las DR de las 24 h anteriores
 Si es perfusión de sedación SC: total se /2 y se añade a la perfusión
 Si es perfusión IV: el total se /3 y se añade
 Los parches de FNL se pueden dejar o rotar a morfina y añadir

1º- Conversión de opioides a Morfina VO			
Morfina VO	x 1	- Incluir las DR de 24 h previas convertidas a VO, 2º- Tras la conversión opioide a mg de Morfina VO, 3º- Convertir los mg desde Morfina VO a SC/ IV:	
Oxicodona VO	x 2		
Tapentadol VO	x 0,4		
Hidromorfona VO	x 5	Morfina VO a Morfina SC	/ 2
Fentanilo Transdérmico (µg/ h)	x 24 y / 10	Morfina VO a Morfina IV	/ 3
Buprenorfina Transdérmica (µg/ h)	/ 0,583	Morfina SC Vs Morfina IV	= (equipotentes)
		4º- Añadir el total a la perfusión de sedación	
Meperidina IV/SC a Morfina IV/SC	/ 8		
Fentanilo IV (en µg)	/10 (en mg)		
Son conversiones directas IV/SC a IV/SC			
ROP-ICO (Modificada de González Barboteo)		µg/ h: microgramos/ hora	

ALGORITMO

SEDACIÓN POR SÍNTOMAS REFRACTARIOS



RESUMEN: SEDACIÓN EN LA AGONÍA

- **1.- Sedación INDICADA**

- Reflexión sobre la conveniencia de este tratamiento (muerte cercana)
- El / los síntomas refractarios están claramente diagnosticados

- **2.- Sedación CONSENTIDA**

- CI: explícito, implícito o por representación (VERBAL)
- Explicar objetivo: alivio del sufrimiento. Sobre la ingesta y comunicación
- Diligente, pero "sin prisas". ¿Necesidades satisfechas?

RESUMEN: SEDACIÓN EN LA AGONÍA

- **3.- Sedación EFECTUADA**
- AET (retire lo prescindible)
- Nutrición/hidratación NO indicadas en agonía
- Planificar cuidados de confort. Puede participar la familia
- **MDZ:** (Toda indicación salvo delirium y 2ª si fracasa LVMZ)
 - DI-SC 5-10 mg; DI-IV 2,5-5 mg
 - $DM = DI \times 6$ para 24 h. $DM = DI \times 6$; $DI = DR$
 - DM inicial, sin DI inicial: IC-IV/SC: 60 mg/d. DMAX: 200-240 mg/d
- **LVMZ:** (Delirium y 2ª opción por fracaso de MDZ)
 - DI-SC 5-10 mg; DI-IV 2,5-5 mg
 - $DM = DI \times 6$ para 24 h. $DM = DI \times 6$; $DI = DR$
- **AJUSTE RÁPIDO Vs AJUSTE ESTÁNDAR**
- DR: con el fármaco con el que se inicia la sedación

RESUMEN: SEDACIÓN EN LA AGONÍA

- **4.- Sedación EVALUADA**

- Alivio del S Refr. Profundidad de la sedación: RAMSAY
- Mantener cuidados generales
- Observe, pregunte, palpe. NO exploraciones regladas

- **5.- Sedación REGISTRADA (fácil acceso a datos)**

- INDICACIÓN (síntomas refractarios implicados)
- CONSENTIMIENTO: quien lo otorga
- MEDICACIÓN Y AJUSTES

RESUMEN: SEDACIÓN EN LA AGONÍA

- **CRITERIO de CALIDAD:**

Proceso de TOMA de DECISIONES

INDICACIÓN

CONSENTIMIENTO

ADMINISTRACIÓN de FÁRMACOS

EVALUACIÓN

REGISTRO en la H^a C^a

José de Córdoba / Orozco
Cayetano Valdés
Baltasar Hidalgo de Cisneros



BIBLIOGRAFÍA

- Cherny N, Palliative Sedation. UpToDate. En: https://www.uptodate.com/contents/palliative-sedation?search=palliative%20sedation&source=search_result&selectedTitle=1%7E62&usage_type=default&display_rank=1
- Paredes A. Protocolo de sedación paliativa para adultos con enfermedad terminal. Hospital El Bierzo, 17/03/2017
- Tan F, et al. Palliative sedation determinants: systematic review and meta-analysis in palliative medicine. *BMJ Supportive & Palliative Care* 2023;13:e664-e675
- Gómez Sancho M (coord.) Guía de Sedación Paliativa. Cuadernos CGCOM. 2021
- Código de Deontología Médica. OMC. CGCOM. 2022
- Pérez de Miguel JG, Utor Ponce L, Gatón Martínez L. Guía de sedación paliativa. Ministerio de Sanidad. 2022
- Ascanio León B, Benítez-Rosario MA, González Bolaños I, et al. Sedación paliativa: conceptos, bioética y aspectos técnicos. Servicio Canario de la Salud, 2021
- Torremorell Balagué D, Casas Homs E. Cap 15. Sedación paliativa. En: Juliá-Torras J, Serrano Bermúdez G (Eds) Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer, Arán 4ª Ed, 2019: 403-14

¡MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN!

Days of adventure

