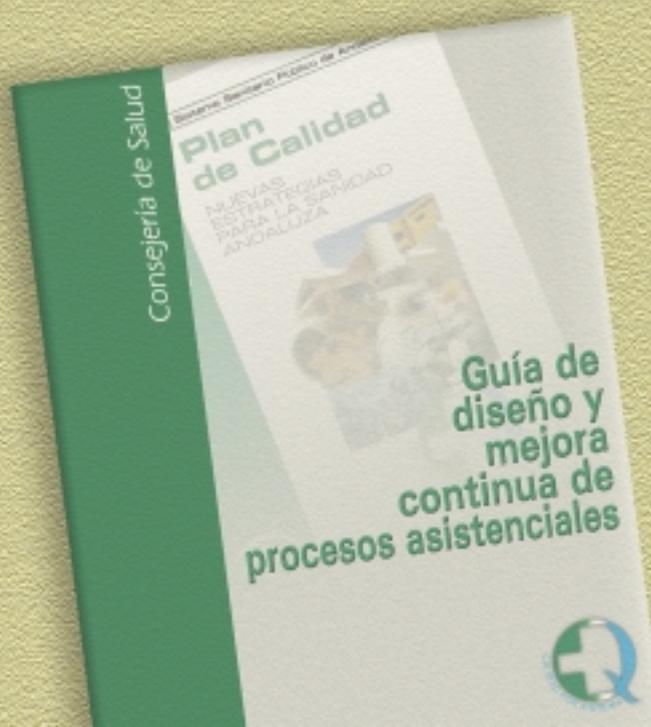


# SEDACIÓN PALIATIVA Y SEDACIÓN TERMINAL

Orientaciones para la Toma de  
Decisiones en la Práctica Clínica





# DOCUMENTOS DE APOYO

## **SEDACIÓN PALIATIVA Y SEDACIÓN TERMINAL**

Orientaciones para la Toma de Decisiones en la Práctica Clínica



SEDACIÓN paliativa y sedación terminal :  
orientaciones para la toma de decisiones en la  
práctica clínica : documentos de apoyo. --  
[Sevilla] : Consejería de Salud, [2005]

30 p. ; 24 cm + 1 CDROM

1. Cuidado terminal
2. Atención paliativa
3. Hipnóticos y sedantes-Usos terapéuticos
4. Toma de decisiones
5. Ética médica
6. Andalucía I. Andalucía. Consejería de Salud

WB 310

#### **SEDACIÓN PALIATIVA Y SEDACIÓN TERMINAL**

**Edita:** Consejería de Salud

**Deposito Legal:** SE-4893-2005

**Maquetación:** PDF-Sur s.c.a.

**Coordinación y producción:** Forma Animada



### **Autores**

Jaime Boceta Osuna; Rafael Cía Ramos; José Antonio Cuello Contreras; Miguel Duarte Rodríguez; Auxiliadora Fernández López; Reyes Sanz Amores; Elvira Fernández de la Mota (Coordinación Técnica).

### **Revisores:**

Juan Manuel Espinosa Almendro; José Expósito Hernández; María del Carmen Francisco López; José María Galán González-Serna; Ricardo Gómez Huelgas; Juan Luis González Fernández; Susan Hannam; Josefina Mateos Rodríguez; Amparo Mogollo Galván; José Enrique Núñez y Pérez; Pablo Simón Lorda; Pilar Vallés Martínez; Francisco José Vinuesa Acosta.



# Índice

---

<b>I. JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>9</b>
<b>II. DEFINICIONES .....</b>	<b>11</b>
1. Agonía .....	11
2. Sedación .....	11
3. Síntoma refractario .....	12
4. Sedación paliativa .....	12
5. Sedación terminal o sedación en la agonía .....	12
<b>III. CONSIDERACIONES ÉTICAS .....</b>	<b>13</b>
Principios éticos de la asistencia .....	13
Principio del doble efecto .....	13
Derechos de las personas en situación terminal.....	14
Diferencias entre sedación y eutanasia .....	15
La hidratación y la nutrición .....	16
Consentimiento informado .....	16
<b>IV. MANEJO FARMACOLÓGICO EN LA SEDACIÓN .....</b>	<b>19</b>
Aspectos generales .....	19
Tratamiento farmacológico de la sedación .....	20
<b>V. DECÁLOGO .....</b>	<b>25</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>27</b>



## I. JUSTIFICACIÓN

La asistencia sanitaria para una muerte digna es también uno de los principales objetivos de la medicina actual, con la misma relevancia que la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades.

La disponibilidad de avances técnicos en el ámbito de los cuidados paliativos ha aumentado de forma considerable en sus distintas facetas (diagnósticas, terapéuticas y organizativas), con la finalidad de evitar el sufrimiento del paciente.

Aliviar el sufrimiento del paciente en situación terminal implica valorar y atender de modo integral las necesidades del enfermo y de su familia ante la muerte. El sufrimiento ante la muerte puede parecer un problema inabarcable. Sin embargo, si se aborda desde múltiples dimensiones (física, psicoemocional, social, espiritual, familiar, entre otras), se puede dar respuesta, al menos parcialmente, a las distintas necesidades que se detectan, logrando que el resultado global se perciba como un alivio del sufrimiento.

Uno de los aspectos más importantes es el control de los síntomas que pueden ocasionar un intenso sufrimiento. Si uno o más síntomas son refractarios, se debe valorar la posibilidad de recurrir a la sedación paliativa. La práctica de la sedación paliativa en la fase agónica o de los últimos días de vida, se denomina sedación terminal, o sedación paliativa en la agonía. Se estima que la requieren un 20-25% de los pacientes agónicos que son atendidos en unidades de Cuidados Paliativos<sup>1</sup>.

Las dimensiones éticas, médico-clínicas y jurídicas de la atención sanitaria al final de la vida generan un amplio debate social que se plasman en nuevos desarrollos y modificaciones legislativas, con el fin de armonizar el derecho de todo ser humano a decidir libremente los límites de la intervención médico-sanitaria de que pueda ser objeto, desde el respeto a la identidad y especificidad de cada uno, y en el contexto de sociedades plurales, justas y solidarias.

Los profesionales de la salud, en su doble vertiente de proveedores de asistencia y miembros de la sociedad civil, saben que la calidad de muerte o muerte digna y en paz, al igual que la calidad de vida, es una demanda creciente de la mayoría de la ciudadanía.

La sedación paliativa en la agonía es una práctica médica de excelencia cargada, sin embargo, de sentimientos encontrados entre los profesionales sanitarios, bien por el frecuente nivel de desconocimiento sobre la misma, o por los dilemas éticos que puede generar.

La elaboración de este documento surge a iniciativa de la Consejería de Salud y del Plan Integral de Oncología. Constituye un nuevo documento de apoyo del Proceso Asistencial

---

<sup>1</sup> Porta Sales J, Ylla-Català Boré E, Estibalez Gil A, et al. Estudio multicéntrico catalano-balear sobre la sedación terminal en Cuidados Paliativos. *Med Pal* 1999; 6: 153-58.; Couceiro A, Nuñez Olarte JM. Orientaciones para la sedación del enfermo terminal. *Med Pal* 2001; 8(3):138-143.

Cuidados Paliativos y trata de situar la práctica de la sedación paliativa y terminal en un contexto clínico y de ética cívica, que genere confianza a ciudadanos y profesionales y sea una salvaguarda para su uso apropiado. Ha sido presentado a la Comisión Autónoma de Ética e Investigación Sanitaria y cuenta con el aval de las principales Sociedades Científicas implicadas.

Se abordan, en relación con la sedación paliativa y terminal, en primer lugar, las definiciones de interés universalmente aceptadas; los aspectos éticos más relevantes, con especial énfasis en el significado de la información y del consentimiento informado; el manejo farmacológico básico, y se concluye con un decálogo de buena práctica.

Para su elaboración se ha recopilado y revisado la bibliografía mas relevante y que se relaciona al final del mismo.

## II. DEFINICIONES

### 1. AGONÍA

La situación de agonía o de últimos días es la fase que precede a la muerte cuando ésta ocurre gradualmente. Se manifiesta por la presencia de deterioro físico severo, debilidad extrema, trastornos cognitivos y de conciencia, dificultad de relación y de ingesta y pronóstico vital de días, en el curso de una enfermedad con diagnóstico y pronóstico sin posibilidad de tratamiento curativo. Para su correcta identificación se debe:

- Buscar signos y síntomas y registrarlos en la historia clínica.
- Prestar especial atención a los cambios en algunos síntomas (disnea, dolor...), o aparición de nuevos signos y síntomas:
  - *Delirium*
  - Insuficiencia circulatoria (livideces, frialdad...)
  - Cambios en las constantes vitales (hipotensión, pulso rápido, débil, irregular...)
  - Trastornos respiratorios (polipnea, pausas...)
  - Debilidad muscular (encamamiento, pérdida de tono, nariz afilada, no control de esfínteres...)
  - Estertores *premortem*
  - Disminución u oscilaciones del nivel de conciencia...

A partir de una correcta identificación se produce un cambio en la actitud profesional, que evoluciona desde un mayor intervencionismo en la fase previa, a la identificación de otras necesidades en la fase agónica, cuya respuesta trasciende a la aplicación del tratamiento y al plan de cuidados.

### 2. SEDACIÓN

En el contexto de los Cuidados Paliativos se entiende por sedación, la administración de fármacos adecuados para reducir el nivel de conciencia con el objetivo de disminuir o anular la percepción por parte del paciente de síntomas, que por su elevada intensidad o nula respuesta a los tratamientos habitualmente empleados, producirían un sufrimiento innecesario.

La sedación se puede clasificar según:

- Su objetivo, en sedación 'primaria' (buscada como finalidad) o 'secundaria' (somnolencia como efecto secundario de un tratamiento).

- La temporalidad, en sedación 'continua' (sin periodos de descanso), o 'intermitente' (permite periodos de alerta).
- La intensidad, en sedación 'profunda' (no permite la comunicación del paciente), o 'superficial' (permite la comunicación del paciente).

### 3. SÍNTOMA REFRACTARIO

Es aquél 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 conciencia del paciente*.

No debe confundirse con **síntoma difícil**, que es aquél para cuyo adecuado control se precisa una *intervención terapéutica intensiva*, tanto desde el punto de vista farmacológico, como instrumental y/o psicológico.

Los síntomas más frecuentes tributarios de sedación paliativa son la disnea, el *delirium*, el dolor y el sufrimiento psicológico refractarios. Al catalogar un síntoma como refractario, deberán recogerse en la historia clínica los procedimientos diagnósticos y terapéuticos utilizados que justifiquen su refractariedad. Si algún procedimiento no puede, o no debe ser utilizado, ha de indicarse la razón. En caso de duda conviene consultar a profesionales expertos, por si es susceptible de una intervención terapéutica intensiva poco habitual. Especial atención merece la valoración del *delirium* como síntoma refractario, que puede ser causado por neurotoxicidad inducida por opioides, y que es tratable mediante hidratación y rotación de opioides y no mediante sedación.

### 4. SEDACIÓN PALIATIVA

Es la administración de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un paciente en situación terminal, tanto como sea preciso, para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios, con su consentimiento, o si no es factible, con el de su familia o representante. Se trata de una sedación primaria que puede ser continua o intermitente, superficial o profunda.

### 5. SEDACIÓN TERMINAL O SEDACIÓN EN LA AGONÍA

Es la sedación paliativa que se utiliza en la agonía, y que es tan profunda como sea necesario para aliviar un sufrimiento intenso, físico o psicológico, en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima, y con su consentimiento explícito, o el de su representante o familiares, cuando el paciente no es capaz de otorgarlo. Se trata de una sedación primaria y continua, que puede ser superficial o profunda.

### III. CONSIDERACIONES ÉTICAS

#### PRINCIPIOS ÉTICOS DE LA ASISTENCIA

En el ámbito de las Ciencias de la Salud se ha alcanzado en los últimos 30 años un importante consenso internacional acerca de los principios éticos que son aceptables sea cual sea la referencia cultural, moral o ética de cada individuo, y que deben guiar la práctica clínica y la investigación<sup>2</sup>. Estos son: no-maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia.

**No Maleficencia:** Es el "*Primum non nocere*" que no permite hacer mal a otro, aunque éste lo autorice. Es el mandato de respeto a la vida, a la salud, a la integridad física y a la evolución natural de las personas. El encarnizamiento u obstinación terapéuticas (aplicación de medidas desproporcionadas que no reportan beneficio) incumple este principio.

**Justicia:** Todas las personas tienen igual dignidad y merecen igual consideración y respeto. Su aplicación exige la distribución y oferta equitativa de los recursos, e implica poder proporcionar a todos los pacientes la posibilidad de una atención de calidad en la fase agónica, que incluya la sedación cuando sea preciso.

**Autonomía:** El paciente tiene derecho a decidir. Es imprescindible contar con el criterio del paciente, quien para poder decidir ha de estar correctamente informado. La falta de confidencialidad y la "conspiración de silencio" atentan contra este principio.

**Beneficencia:** Exigencia ética de que los profesionales pongan sus conocimientos y su dedicación al servicio del enfermo para hacerle el bien. Se incumple cuando un paciente es abandonado a su suerte sin una asistencia adecuada.

#### PRINCIPIO DEL DOBLE EFECTO

Dado que todo acto puede tener dos efectos, uno beneficioso y otro perjudicial, el principio del doble efecto distingue entre las consecuencias o efectos de un acto, y su intencionalidad. Existen situaciones complejas en la práctica clínica en las que sólo es posible conseguir un beneficio (o evitar un perjuicio), causando un mal que no se desea. El efecto negativo está éticamente permitido si no ha sido nuestra intención provocarlo. Este principio es de aplicación en el caso de la sedación paliativa y de la sedación terminal, con las siguientes consideraciones:

<sup>2</sup> Informe Belmont. Principios y Guías Éticas para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación. Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento. U.S.A. 18 de abril, 1979 y Beauchamp y Childress (Beauchamp y Childress, 1994). The Ethics of Palliative Care: European perspectives. Edited by Henk ten Have y David Clark.

- Se entiende que el efecto deseado es el alivio del sufrimiento y el efecto indeseado la privación, parcial o total, de la conciencia. La muerte no puede considerarse como el efecto indeseado, ya que el paciente fallecerá a consecuencia de la evolución de su enfermedad y/o sus complicaciones.
- La responsabilidad moral del equipo recae en el proceso de toma de decisiones adoptadas para aliviar el sufrimiento, y no tanto en el resultado de su intervención en términos de vida o muerte.

Son condiciones del principio ético del doble efecto:

- Que la acción sea beneficiosa o neutra.
- Que la intención del actor sea correcta (se busca el efecto beneficioso).
- Que exista una proporción o equilibrio entre los dos efectos, el beneficioso y el perjudicial.
- Que el efecto deseado y beneficioso no sea causado por un efecto indeseado o negativo.

## DERECHOS DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN TERMINAL

Son derechos fundamentales del ser humano que en la fase final de la vida adquieren un significado especial, convirtiéndose en necesidades a las que debemos dar una respuesta adecuada para proporcionar una atención integral. Algunos de estos derechos son<sup>3</sup>:

- Derecho a recibir atención sanitaria y soporte personal (por ejemplo, permitiendo a un familiar permanecer a su lado).
- Derecho a ser tratado con la mayor dignidad y a ser aliviado del sufrimiento de la mejor forma posible.
- Derecho a ser atendido por personas cualificadas y motivadas en este tipo de atención.
- Derecho a recibir ayuda de la familia y para la familia a lo largo de todo el proceso de la enfermedad.
- Derecho a recibir información detallada sobre su estado de salud, incluyendo los resultados de cualquier exploración médica, los exámenes e intervenciones previsibles, los riesgos y los beneficios potenciales, los procedimientos alternativos posibles, el desarrollo del tratamiento y los resultados esperables.
- Derecho a participar en la toma de decisiones relativas a las pruebas complementarias y al tratamiento. El consentimiento informado del paciente es un requisito previo a toda intervención médica.

<sup>3</sup> Recomendación 1418 (1999). Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos. Consejo de Europa. Ley 2/1988, de 15 de junio, de Salud de Andalucía; 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.

- Derecho a rechazar un tratamiento, lo que debe ser garantizado especialmente cuando un tratamiento médico apropiado no sea eficaz para prevenir o evitar la muerte. La negativa al tratamiento no debe de ninguna forma influir en la calidad de los cuidados paliativos.
- Derecho a mantener una esperanza por cambiante que sea la situación.
- Derecho a rechazar las intervenciones de reanimación o de soporte vital, permitiendo así a la enfermedad seguir su curso natural.
  - Una persona capacitada, en previsión de un posterior estado de incapacidad, puede rechazar, mediante documento público (voluntad vital anticipada), la aplicación de tratamientos de reanimación o de soporte vital, en caso de padecer una enfermedad incurable, de serle insoportable psicológicamente las consecuencias de la enfermedad, o de que su dolor no pueda ser aliviado por ningún tratamiento, con la posibilidad de poder anular su declaración en cualquier momento.
  - Los pacientes que rechazan el tratamiento tienen pleno derecho al alivio de su dolor y a la atenuación del sufrimiento.

## DIFERENCIAS ENTRE SEDACIÓN Y EUTANASIA

Uno de los puntos cruciales en el debate ético sobre la sedación es la identificación que en ocasiones se realiza entre sedación y una “eutanasia lenta”, lo cual ha generado una gran controversia. La distinción entre sedación y eutanasia recae esencialmente en los siguientes aspectos:

### Intencionalidad:

- En la sedación el médico prescribe fármacos sedantes con la intención de aliviar el sufrimiento del paciente frente a determinados síntomas. En la eutanasia el objetivo es provocar la muerte del paciente para liberarle de sus sufrimientos.
- La sedación altera la conciencia del paciente buscando un estado de disminución de la percepción frente al sufrimiento o amenaza que supone el síntoma.
- Cuando la sedación es profunda, se pierde la vida consciente. La eutanasia elimina la vida física.

### Proceso:

- En la sedación debe existir una indicación clara y contrastada. Los fármacos utilizados y las dosis, se ajustan a la respuesta del paciente frente al sufrimiento que genera el síntoma. Esto implica la evaluación continua de dicho proceso (tanto desde el punto de vista de la indicación como del tratamiento) y el registro en la historia clínica.
- En la eutanasia se precisa de fármacos a dosis o combinaciones letales, que garanticen una muerte rápida.

### Resultado:

- En la sedación, el parámetro de respuesta es el alivio del sufrimiento, que debe contrastarse mediante su evaluación. En la eutanasia el parámetro de respuesta es la muerte.
- Se ha objetado que la supervivencia es muy breve desde la indicación de una sedación terminal. Los trabajos disponibles muestran que no existen diferencias significativas en la supervivencia de los pacientes que precisaron ser sedados frente a los que no requirieron sedación<sup>4</sup>.

## LA HIDRATACIÓN

La hidratación y la nutrición de los pacientes durante la sedación paliativa o terminal constituyen un motivo de consideración ética. Uno de los factores clave para la toma de decisiones en este aspecto es el pronóstico de vida del paciente a corto plazo. Las recomendaciones respecto a la hidratación son:

- En la sedación paliativa sin que el paciente se encuentre en situación agónica, debe garantizarse la hidratación por vía parenteral (intravenosa o subcutánea).
- En la sedación terminal o sedación paliativa en la agonía, la hidratación parenteral es opcional. En esta situación hay que tener en cuenta que:
  - No hay evidencia de que la sed y la boca seca, en estos pacientes, estén relacionados con la deshidratación. En base a los conocimientos actuales, es recomendable una aproximación individualizada según las circunstancias concretas de los pacientes, y los deseos de las familias.
  - Conviene aliviar la sequedad de boca mediante la administración de pequeñas cantidades de líquidos por vía oral.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

La ley 41/2002 de Autonomía del Paciente define el consentimiento informado como “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades, después de recibir la información adecuada para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”.

Por otro lado, la ley 5/2003 de 9 de octubre de Declaración de Voluntad Vital Anticipada garantiza el derecho que tiene la persona a decidir sobre las actuaciones sanitarias de las que pueda ser objeto en el futuro, en el supuesto en que, llegado el momento, la persona carezca de capacidad para decidir por sí misma.

---

<sup>4</sup> Sykes N, Thorns A. Sedative Use in the Last Week of life and the implications for End-of-Life Decision Making. *Arch Intern Med* 2003; 163: 341-4; 163: 341-4; Azulay Tapiero A. La sedación terminal. Aspectos Éticos. *An Med Interna*, 2003;20:645-9; Porta Sales J. Reflexiones éticas entorno a la sedación terminal. *Med Pal* 9;4:158-159; Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara A. Effects of high dose opioids and sedatives on survival on terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2001; 21: 282-289.

En la sedación paliativa y terminal el consentimiento del paciente es un requisito fundamental. Una comunicación franca desde los primeros estadios permite acordar con el enfermo la sedación superficial o profunda en los últimos momentos, o la omisión de la misma, dentro del respeto a su autonomía y mediante su consentimiento **explícito**. Para ello, resulta útil:

- Tener en cuenta los distintos elementos de una comunicación eficaz (escucha activa, empatía...)
- Hablarlo con el paciente como una de las posibles preocupaciones sobre el futuro, a propósito de los miedos ante la muerte. Suele aliviar ese miedo saber que se cuenta con esta posibilidad en caso de aparecer un síntoma refractario en los momentos finales.
- Explicar los objetivos de la sedación (controlar el síntoma refractario) y sus posibles consecuencias sobre la disminución de la capacidad de ingesta y de comunicación del paciente.
- Brindar la posibilidad de consultar con otras personas la decisión.
- Es preferible que esté presente un familiar y alguien del equipo además del médico (enfermera).
- Si el paciente da su consentimiento verbal o escrito, debe quedar registrado en la historia clínica y comentarlo con la familia y persona cuidadora principal.
- No es necesario formalizar y rubricar un documento específico.
- La consulta al Registro de Voluntades Vitales Anticipadas está especialmente indicada en esta situación<sup>5</sup>.

Si se plantea la decisión en los últimos días, y en ausencia de registro de voluntades anticipadas previa consulta al mismo, y ante la imposibilidad de que sea el propio paciente quien lo otorgue es la familia, a cuyo cargo está el paciente, la que ha de otorgar el consentimiento. Para la obtención de este consentimiento **por representación** se siguen con la familia las recomendaciones antes mencionadas y, de manera específica conviene:

- Exponer el contexto clínico en que se encuentra el paciente (la previsión de una muerte cercana, los cambios probables...).
- Explicar la posibilidad de disminuir el nivel de conciencia para evitar algún malestar o sufrimiento que no pueda aliviarse de otro modo.
- Aclarar cómo se realiza, su carácter gradual, la posibilidad de revisar y modificar el grado de sedación obtenido y reconsiderar la decisión si la situación cambia.
- Informar de la importancia de otros cuidados activos durante esta fase, que puede asumir la persona cuidadora, como los cuidados de la boca, las frases en tono tranquilizador, el contacto físico..., y otros aspectos no verbales que resultan tan importantes como las palabras.

---

<sup>5</sup> Telefónicamente a través de Salud Responde (902 505 060) donde le solicitarán su código de identificación.



## IV. MANEJO FARMACOLÓGICO EN LA SEDACIÓN

### ASPECTOS GENERALES

Los fármacos necesarios para un adecuado control de síntomas, así como las medidas de prevención para evitar complicaciones en la fase de agonía, deben mantenerse hasta el final, si bien es conveniente simplificar todo lo posible el tratamiento farmacológico, suprimiendo los que ya no sean indispensables.

Resulta más apropiado dominar el manejo de alguno de estos fármacos, sus dosis, mezclas, estabilidad, vías de administración, etc., que intentar técnicas invasivas con pacientes en la fase de agonía.

La elección de la vía de administración debe hacerse en función de la situación clínica del paciente, el fármaco, la rapidez de acción, el tiempo previsto de duración de la sedación y la ubicación del paciente. Es importante destacar que la vía venosa aporta la mayor rapidez en el inicio de acción de los fármacos, pero, si no es fácilmente canalizable, o el paciente está en su domicilio, la vía de elección para la sedación es la subcutánea. En medio hospitalario no tiene sentido canalizar una vía venosa central a un paciente en fase agónica que pierde la vía periférica.

Los opioides, y en concreto la morfina, pueden ser necesarios en esta fase, aunque su indicación no es la sedación sino el control del dolor y la disnea. Existen otros fármacos útiles para la correcta atención en la agonía que se deben mantener hasta el final y que se pueden administrar por vía subcutánea como son: butilbromuro de hioscina o escopolamina para los estertores *premortem*; haloperidol, metoclopramida, ondansetrón u otros, como antieméticos; midazolam, haloperidol, levomepromazina, fenobarbital u otros, para la sedación. Cuando se utilice la infusión continua no deben mezclarse más de tres fármacos en la misma perfusión, debiendo protegerse de la luz las mezclas que lleven morfina.

La dosis de inducción es la dosis total con la que llegamos al nivel de sedación adecuado (escala de Ramsay) (Tabla 1), y la dosis de rescate es aquella dosis "extra" que se emplea en caso de crisis de agitación o reagudización del síntoma refractario que motivó la sedación. Esta dosis de rescate suele ser igual a la dosis de inducción. Los rescates se deben realizar con el mismo fármaco que la inducción. Ésto permite calcular en las primeras 24 horas las necesidades reales de dicho fármaco, al sumar las dosis pautadas en bolos o en infusión continua más la dosis de rescate empleadas. De esta manera se puede pautar mejor y de forma progresiva la sedación en los días sucesivos.

Debe tenerse presente que existe un punto a partir del cual la dosis de una benzodiazepina (BZD) produce el efecto máximo posible sobre el Sistema Inhibitorio Gabaérgico. A partir de ese punto, el incremento de la dosis de BZD es inútil. Existe además, un riesgo de agitación

paradójica inherente a todas las BZD. Los neurolépticos sedativos son una alternativa eficaz en estos casos, y son de primera elección ante la presencia de *delirium* refractario.

La inducción, los rescates, así como los ajustes necesarios, deben ser supervisados directamente por el personal sanitario (médico/enfermera). En caso de que el paciente permanezca en su domicilio, los rescates serán realizados por la persona cuidadora previa adecuada instrucción y supervisión de su aplicación.

El ritmo de administración de los fármacos puede ser constante o variable dependiendo de las necesidades del paciente. Una vez iniciada la sedación se debe:

- Revisar periódicamente el nivel de sedación del paciente (escala de Ramsay).
- Evaluación clínica sistemática, dejando constancia en la historia clínica de:
  - Nivel de sedación.
  - Respuesta ante estímulos.
  - Temperatura.
  - Secreciones bronquiales.
  - Movimientos musculares espontáneos.
- Evaluación sistemática del estado emocional y reacción de la familia, dejando constancia en la historia clínica.
- Proporcionar siempre comprensión, apoyo, intimidad y disponibilidad.

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA SEDACIÓN

Los fármacos más utilizados en la sedación paliativa y terminal, de forma aislada o en combinación, se pueden clasificar en:

- Sedantes: midazolam, diazepam, clometiazol
- Neurolépticos: levomepromazina, haloperidol, clorpromazina
- Anestésicos: fenobarbital, propofol

En términos generales, las BZD de acción rápida e incisiva, como el midazolam, son los fármacos más adecuados. Si la indicación de sedación es por *delirium* refractario, los fármacos de primera línea son los neurolépticos, y de ellos la levomepromazina.

### 1. MIDAZOLAM

Es el fármaco de elección para la sedación terminal, salvo en caso de *delirium* refractario, en que usamos neurolépticos.

- Es una BDZ hidrosoluble, apta para la vía s.c, siendo ésta la vía parenteral de elección en domicilio y, en general, en cuidados paliativos.
- Se presenta en ampollas de 5 mg/5 ml y 15 mg/3 ml.

- La dosis máxima recomendable por vía parenteral es 160-200 mg/día (riesgo de agitación paradójica inherente a las BDZ).
- Tiene una vida media de 2-5 h (las dosis se deben repetir cada 4 h).

### VÍA SUBCUTÁNEA

- Inicia su acción en 5-10 minutos.
- La dosis de inducción debe ser individualizada y está en función de la edad, el estado nutricional, el tratamiento previo (desarrollo de tolerancia), la historia previa de abuso a drogas o alcohol, la enfermedad y disfunción orgánica subyacente, el nivel de conciencia previo y los deseos del paciente en relación a la sedación.
- Si la inducción se hace en bolos:
  - Si no tomaba BZD previas o en pacientes debilitados, la dosis es 2,5-5 mg.
  - Si tomaba BZD la dosis es 5-10 mg.
- Si la inducción se hace mediante infusión continua s.c., la dosis inicial suele ser 0,4-0,8 mg/h y 1-2 mg/h, según la toma o no previa de BDZ.
- En la sedación urgente y profunda (Ramsay V o VI), se utiliza doble dosis.
- Se puede mezclar en el mismo infusor y por la misma vía con otros fármacos útiles en la agonía, como butilbromuro de hioscina, escopolamina, haloperidol, metoclopramida, octeótrida, ondansetrón, levomepromazina o cloruro mórfico.

### VÍA VENOSA

- Indicada en situaciones urgentes o si ya tiene una vía venosa.
- Inicia su acción a los 2-3 minutos.
- Añadiendo 7 ml de suero fisiológico a una ampolla de 15 mg/3 ml se obtiene una dilución de 1,5 mg/ml, que facilitará la aplicación de dosis de inducción y rescate i.v..
- Para la inducción aplicamos bolos de 1,5-3,5 mg cada 5 minutos, en función de las características del paciente y respuesta al mismo. Mientras, proporcionamos otro tipo de cuidados y atención familiar, hasta llegar al nivel de sedación deseado, según la escala de Ramsay (II ó III).
- La dosis total empleada hasta llegar a ese nivel de sedación es la dosis de inducción, y será también la dosis de rescate.

## 2. OTROS FÁRMACOS UTILIZADOS PARA LA SEDACIÓN:

Si el síntoma refractario es el *delirium*, o si falla el midazolam, se elige levomepromazina s.c., y si ésto no controla el síntoma se emplean otros fármacos como fenobarbital s.c., i.m. o i.v., o propofol i.v..

### a) LEVOMEPRIMAZINA

- Fenotiazina con acción antipsicótica, analgésica, antiemética y sedante.
- Se presenta en ampollas de 25 mg por ml.
- Tiene una vida media de 15-30 h.
- Dosis máxima diaria parenteral recomendada es de 300 mg/día.
- Si se utiliza por fallo de la sedación con midazolam, antes de iniciar su administración conviene reducir la dosis de éste al 50% en las primeras 24 h. para evitar síntomas de privación. Posteriormente debe seguir reduciéndose según respuesta.

### VÍA SUBCUTÁNEA

- La dosis de inducción en bolos es de 12,5-25 mg s.c.
- La dosis de inducción en infusión continua s.c. se inicia con 100 mg/24 h y se va aumentando según la respuesta.
- La dosis de rescate es de 12,5 mg.
- Puede mezclarse con otros fármacos en infusión continua o bolos (morfina, butilbromuro de hioscina, escopolamina, midazolam).
- No debe mezclarse con haloperidol, ondansetrón, metoclopramida.

### VIA VENOSA

- La dosis es la mitad que la s.c., tanto para la inducción en bolos como continua.

### b) FENOBARBITAL

- Es un barbitúrico de acción prolongada.
- Está indicado cuando fracasan midazolam y levomepromazina o hay alergia a los mismos.
- Se presenta en ampollas de 200 mg/ml.
- Tiene una vida media plasmática entre 50 y 150 h cuando se administra por vía parenteral.
- Antes de iniciar su administración se suspenden las BZD y los neurolepticos, y se reducen los opioides al 50%.
- Se puede utilizar por vía i.v., aunque para la sedación es más frecuente las vías i.m. y s.c.

### VÍA SUBCUTÁNEA E INTRAMUSCULAR

- La dosis de inducción es 100 ó 200 mg i.m.. Alcanza un pico plasmático tras la inyección i.m. a las 2 h.
- Las dosis de rescate será de 100 mg i.m. o s.c.
- La infusión continua subcutánea se hará inicialmente a 600 mg/24 h y se ajustará en días sucesivos según respuesta, sin mezclar con otros fármacos.

## VÍA INTRAVENOSA

- La dosis de inducción es de 2 mg/kg con administración lenta.
- La dosis inicial en infusión continua endovenosa es 1 mg/kg/h y se ajusta según respuesta.

### c) PROPOFOL INTRAVENOSO

- Es un anestésico general de acción ultracorta, que se emplea por vía i.v., exclusivamente, cuando fallan midazolam y levomepromazina o hay alergia a éstos, o para una sedación breve.
- Su acción se inicia en 30 segundos y dura 5 minutos.
- Su vida media plasmática es de 40 minutos.
- Se presenta en viales de 10 mg/ml.
- No se debe mezclar con otros fármacos. Antes de usarlo hay que retirar BZD y neurolépticos, y reducir los opioides a la mitad.
- Aumenta el riesgo de convulsiones en pacientes epilépticos y puede producir mioclonías.
- La dosis de inducción es 1-1,5 mg/kg i.v. en 1 a 3 min.
- La dosis de rescate es el 50% de la dosis de inducción.
- La dosis inicial en infusión continua endovenosa es de 1-2 mg/kg/h y se ajusta según respuesta.

### d) HALOPERIDOL

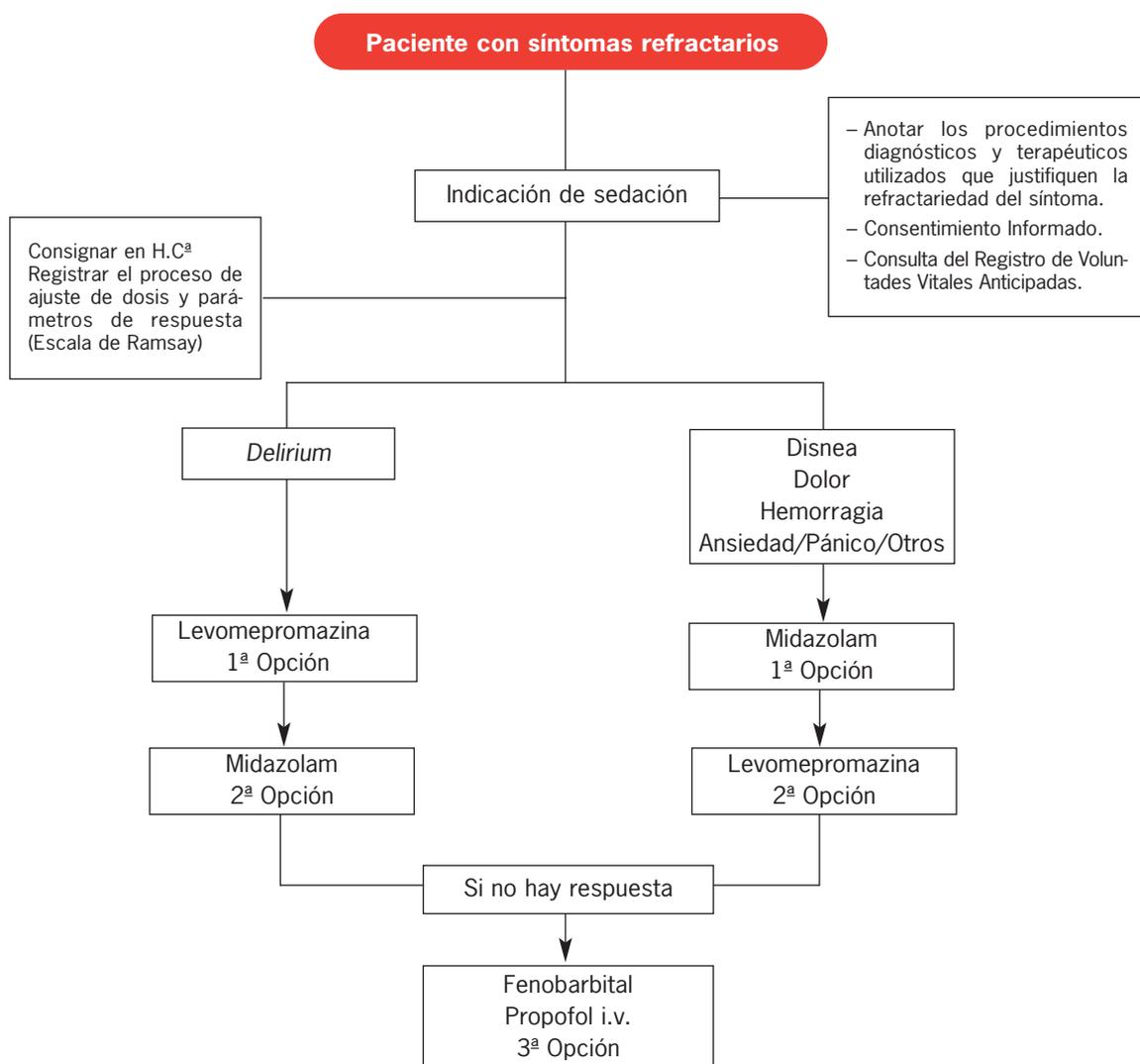
- Neuroléptico escasamente sedante con acción intensa antipsicótica y antiemética que puede ser usado sólo o en combinación, lo que explica su uso en sedación paliativa en algunos estudios publicados. Su relación dosis efecto es menos previsible que con las BZD y no se recomienda como neuroléptico de primera elección en la sedación paliativa.
- Indicado en el tratamiento del *delirium* y como antiemético.
- En el *delirium* la dosis debe individualizarse subiendo gradualmente hasta lograr el efecto deseado; una vez que se ha controlado, se puede dejar una dosis diaria de mantenimiento del 50% de la que se haya necesitado.
- Se presenta en ampollas de 5 mg/ml.
- Su vida media es de 13-25 h.
- Sus vías de administración son oral, i.m, s.c, e i.v..
- En general las dosis requeridas en cuidados paliativos son bajas, no excediendo los 20 mg/24 h. En casos excepcionales se precisan altas dosis, alrededor de 200-250 mg/24 h.

## VÍA SUBCUTÁNEA

- El inicio de acción es de 10-15 min por vía s.c..
- La dosis de inducción es de 1,5 a 2,5 mg s.c. cada 20 a 30 min, hasta conseguir el efecto deseado (máximo de tres administraciones). Para mantener la sedación en el nivel deseado se puede repetir cada 8 h.
- Se puede mezclar en el mismo infusor y por la misma vía con otros fármacos útiles en la agonía, como butilbromuro de hioscina, escopolamina, midazolam, ondansetrón, octeótrida y cloruro mórfico.
- Si no es efectivo, conviene utilizar la levomepromazina, u otro grupo farmacológico (BDZ, barbitúricos...).

- 1.- La sedación paliativa es una maniobra terapéutica destinada al alivio de síntomas refractarios que pueden aparecer en el contexto del enfermo que se halla en situación de enfermedad avanzada, terminal o agónica. La sedación terminal es la sedación paliativa que se realiza en la fase agónica.
- 2.- Para la aplicación de la sedación paliativa y/o terminal debe seguirse un protocolo definido y disponerse del conocimiento, de las habilidades técnicas y de las actitudes éticas requeridos.
- 3.- La correcta identificación de la fase agónica implica un cambio de actitud profesional que conduzca a un menor intervencionismo y a la aplicación de los cuidados que garanticen una muerte digna, incluida la sedación terminal, cuando es necesaria y contamos con el consentimiento informado.
- 4.- Ni la sedación paliativa ni la terminal son eutanasia encubierta. Las diferencias recaen tanto en el objetivo, el procedimiento, el resultado y la indicación como en el respeto a las garantías éticas.
- 5.- Los principios éticos de la asistencia (no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia) el principio del doble efecto y el respeto a los derechos de las personas en situación terminal, guiarán la toma de decisiones de los profesionales sanitarios en la sedación paliativa y terminal.
- 6.- Constituye una garantía ética y una característica de calidad registrar en la historia clínica los motivos (anotar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos utilizados que justifiquen la refractariedad del síntoma), el consentimiento, el proceso de la toma de decisiones y la monitorización de los resultados. Una vez iniciada la sedación debe garantizarse su supervisión y monitorización.
- 7.- El consentimiento informado del paciente capaz o de su representante o familia es siempre indispensable. No es necesario usar un documento de consentimiento informado específico. El hecho de que quede registrado en la historia clínica es un requisito suficiente y necesario.
- 8.- Debe garantizarse la disponibilidad de fármacos indicados para la sedación en todos los niveles de asistencia y en todas las modalidades de atención.
- 9.- Debe asegurarse la formación adecuada para garantizar la práctica correcta de esta técnica, así como de las habilidades de comunicación necesarias en todos los niveles de asistencia y en todas las modalidades de atención.
- 10.- La calidad de muerte es tan importante como la calidad de vida.

## ALGORITMO 1. ESQUEMA GENERAL DE SEDACIÓN EN SÍNTOMAS REFRACTARIOS



**Tabla 1. ESCALA DE RAMSAY: NIVELES**

- I. Agitado, angustiado.
- II. Tranquilo, orientado y colaborador.
- III. Respuesta a estímulos verbales.
- IV. Respuesta rápida a estímulos dolorosos/presión glabellar.
- V. Respuesta perezosa a “ “ “ “ “ “
- VI. No respuesta.

## 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).
6. Beauchamp y Childress (Beauchamp y Childress, 1994). *The Ethics of Palliative Care: European perspectives*. Edited by Henk ten Have y David Clark.
7. Broeckert B, Nunez Olarte JM: Sedation in palliative care: facts and concepts. In: *The ethics of palliative care: European perspectives*. Facing Death series (Edited by: ten Have H, Clark D). Buckingham: Open University Press 2002, 166-180.
8. Callahan D. Death and the research imperative. *N Engl J Med* 2000; 342: 654-6.
9. Cherny NI, Portenoy RK. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care* 1994; 10(2): 31-8.
10. Convenio del Consejo de Europa para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. 4 de Abril de 1997.
11. Couceiro A, Núñez Olarte JM. Orientaciones para la sedación del enfermo terminal.
12. Conill C, Verger E, Henríquez I, et al. Symptom prevalence in the last week of life. *J Pain Symptom Manage* 1997; 14: 328-31.
13. Cuervo Pinna MA; Sánchez Correas MA; Sánchez Posadas R; Alonso Prado ME; Ruiz Márquez MP; Espinosa Rojas JA; Galea Martín T; López de Ayala C; Varillas López MP; Grupo de trabajo de Tratamientos del Programa Regional de Cuidados Paliativos del Servicio Extremeño de Salud. Sedación en Cuidados Paliativos.
14. Declaración sobre la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa .Oficina Regional para Europa de la Organización mundial de la Salud. 1994.

15. Declaración de Bioética de Gijón. 2000.
16. Declaración de Venecia de la Asociación Médica Mundial sobre enfermedad terminal. 35ª Asamblea Médica Mundial. Venecia, Octubre 1983.
17. Dickens BM. Commentary on "Slow Euthanasia". J Palliat Care 1996; 12(4): 42-43.
18. Documento de Consenso sobre Situaciones al final de la vida. Consejo General del Poder Judicial y Ministerio de Sanidad y Consumo. En: Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases Para su Desarrollo. Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1999.
19. Ede S. Artificial hydration and nutrition at the end of life. Eur J Palliat Care 2000; 7: 210-12.
20. Ellershaw J, Sutcliffe J, Saunders C. Deshydration and the dying patient. J Pain Symptom Manage 1995;10:192-97.
21. Fainsinger RL, Waller A, Bercovici M, Bengton K, Landman W, Hosking M, Núñez Olarte JM, de Moissac D. A multicentre international study of sedation for uncontrolled symptoms in terminally ill patients. Palliat Med 2000; 14: 257-65.
22. Fainsinger RL, De Moissac D, Mancini I, Oneschuk D. Sedation for *delirium* and other symptoms in terminally ill patients in Edmonton. J Palliat Care 2000; 16: 5-10.
23. Füst Carl Johan, Derek Doyle. The terminal phase. En: Oxford Textbook of Palliative Medicine. 2ª & 3ª Edition. Doyle, Hanks, Cherny, Calman. Oxford 2004.
24. Gisbert Aguilar A, Pascual López A. Manifestaciones clínicas y biológicas de la deshidratación en el enfermo en fase terminal. Med Pal 2000; 7: 129-34.
25. Informe Belmont. Principios y Guías Éticos para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación. Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento. U.S.A. 18 de abril, 1979.
26. Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, et al. Occurrence, causes, and outcome of *delirium* in patients with advanced cancer. Arch Intern Med 2000; 160: 786-94.
27. Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad.
28. Ley 2/1988, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.
29. 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.
30. Ley 5/2003, de 9 de Octubre, de Declaración de Voluntad Vital Anticipada. Junta de Andalucía.
31. Maltoni M, Nanni O, Pirovano M et al. Successful validation of Palliative Prognostic Score in terminally ill cancer patients. J Pain Symptom Manage 1999; 17: 240-47.
32. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. The Palliative Pronostic Index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. Support Care Cancer 1999; 7: 128-33.

33. Morita T, Tei Y, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Determinants of the sensation of thirst in terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer* 2001; 9: 177-186.
34. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara A. Effects of high dose opioids and sedatives on survival on terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2001; 21: 282-289.
35. Mount B. Morphine drips, terminal sedation, and slow euthanasia: definitions and facts, not anecdotes. *J Palliat Care* 1996; 12(4): 31-37. 1987.
36. Musgrave CF, Bartal N, Opstad J. The sensation of thirst in dying patients receiving IV hydration. *J Palliat Care* 1995; 11: 17-19.
37. Nabal Vicuña M., Porta i Sales J. , Naudí Farré C., Altisent Trota R. , Tres Sánchez A. Estimación de la supervivencia en Cuidados Paliativos (III): el valor de la calidad de vida y los factores psicosociales. *Med Pal* vol 9, nº 1. Barcelona 2002.
38. Nabal Vicuña M., Porta i Sales J. , Naudí Farré C., Altisent Trota R. , Tres Sánchez A. Estimación de la supervivencia en Cuidados Paliativos (IV): el valor de los factores biológicos. *Med Pal* vol 9, nº 1. Barcelona 2002.
39. Nabal Vicuña M., Porta i Sales J. , Naudí Farré C., Altisent Trota R. , Tres Sánchez A. Estimación de la supervivencia en Cuidados Paliativos (I): el valor de la impresión clínica. *Med Pal* vol 9, nº 1. Barcelona 2002.
40. Porta Sales J, Palomar, March J, et al. Parámetros biológicos y supervivencia en pacientes con neoplasias en situación avanzada y terminal. *Med Pal* 1994; 1(2): 31-7.
41. Porta Sales J, Ylla-Català Boré E, Estíbalaz Gil A, et al. Estudio multicéntrico catalano-baleár sobre la sedación terminal en Cuidados Paliativos. *Med Pal* 1999; 6: 153-58.
42. Porta J, et al. Definición y opiniones acerca de la sedación terminal: estudio multicéntrico catalano-baleár. *Med Pal* 1999; 6: 108-115.
43. Porta Sales J. Sedation and terminal Care. *Eur J Palliat Care* 2001; 8(3): 97-100.
44. Porta Sales J. Respuesta a: Reflexiones éticas entorno a la sedación terminal. *Med Pal* 2002; 9;4:158-159.
45. Porta Sales J (presidente); Núñez Olarte JM; Altisent Trota R; Gisbert Aguilar A; Loncan Vidal P; Muñoz Sánchez D; Novellas Aguirre de Cárcer A; Rivas Flores J; Rodeles del Pozo R; Vilches Aguirre Y; Sanz Ortiz J. Comité de Ética de la SECPAL: Aspectos éticos de la sedación en Cuidados Paliativos: Sedación Paliativa/Sedación Terminal. 2002. *Med Pal* 9 (1) 2002.
46. Porta Sales J. Sedación Paliativa. En: Control de Síntomas en Pacientes con Cáncer Avanzado y Terminal. J. Porta, X. Gómez Batiste, A. Tuca. ICO. Aran Ed. Barcelona 2004.
47. Recomendación 1418 (1999). Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos. Consejo de Europa.
48. Recomendación Rec (2003)24 del Comité de Ministros sobre la organización de los cuidados paliativos CM(2003)130 Addendum 15 octubre 2003 Documentos CM6.3 Comité europeo de la salud (CDSP). En: *Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su desarrollo*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2002.

49. Rivas Flores J., Vilches Aguirre Y., Muñoz Sánchez D., Altisent Trota R., Gisbert. Comité de Ética de la SECPAL. Consentimiento informado en Cuidados Paliativos. *Med Pal* 9 (1) 2002.
50. Stone P, Phillips C, Spruyt O, Waight C. A comparison of the use of sedatives in a hospital support team and in a hospice. *Palliat Med* 1997; 11: 140-44.
51. Sykes N, Thorns A. Sedative Use in the Last Week of life and the implications for End-of-Life Decision Making. *Arch Intern Med* 2003; 163: 341-4.
52. Thorns A, Sykes N. Opioid use in the last week of life and implications for end of life decision making. Abstract 6 th Congress EAPC, Septiembre 1999, Ginebra (Suiza). Abstract book. Ginebra: EAPC Onlus, 3.
53. Twycross R, and col. Palliative Care Formulary. Second Edition. (PCF2). 2003. Radcliffe Medical Press.
54. Vella-Brincat J, Macleod AD. Haloperidol in palliative care. *Palliative Medicine* 2004;18:195-201.
55. Ventafridda V, Ripamonti C, De Conno F, Tamburini M, Cassileth BR. Symptom prevalence and control during cancer patients' last days of life. *J Palliat Care* 1990; 6: 7-11.
56. Viguria Arrieta JM, Rocafort Gil J, Eslava Gurrea E, Ortega Sobera M. Sedación con midazolam. Eficacia de un protocolo de tratamiento en pacientes terminales con síntomas no controlables con otros medios. *Med Pal* 2000; 7: 2-5.
57. Viola RA, Wells GA, Peterson J. The effects of fluid status and fluid therapy on the dying: a systematic review. *J Palliat Care* 1997; 13(4): 41-52.
58. Waller A, Bercovitch M, Fainsinger RL, Adunsky A. Symptom control and the need for sedation during the treatment in Tel Hashomer in-patient hospice. Abstract 6th Congress EAPC, Septiembre 1999, Ginebra (Suiza). Abstract book. Ginebra: EAPC Onlus, 21.



