




SEDACIÓN PALIATIVA VISIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Sara Martínez García
MIR IV Medicina Familiar y
Comunitaria
CS Elviña

 SERVIZO GALEGO DE SAÚDE	ÁREA SANITARIA DA CORUÑA E CEE	Código: ASCC-PT-075
		Página 1
PROTOCOLO SEDACIÓN PALIATIVA		Data: 1/04/2024

PROTOCOLO SEDACIÓN PALIATIVA

 SERVIZO GALEGO DE SAÚDE	ÁREA SANITARIA DA CORUÑA E CEE	Código: ASCC-PT-076
		Páxina: 1
SEDACIÓN PALIATIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA – CódigoINFUSOR		Data: 22/07/2024

SEDACIÓN PALIATIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA CódigoINFUSOR

"Medida terapéutica empleada para el control de síntomas en los pacientes con enfermedad en situación terminal. Está legalmente permitida y es una actuación éticamente aceptada que forma parte de la buena praxis médica."





DELIMITACIONES CONCEPTUALES

ENFERMEDAD EN FASE TERMINAL

Enfermedad avanzada, progresiva e incurable con nula respuesta al tratamiento específico que evoluciona de forma irremediable hacia la muerte en un periodo corto de tiempo, provocando un gran impacto emocional.

CONTROL DE SÍNTOMAS

SÍNTOMAS DIFÍCILES

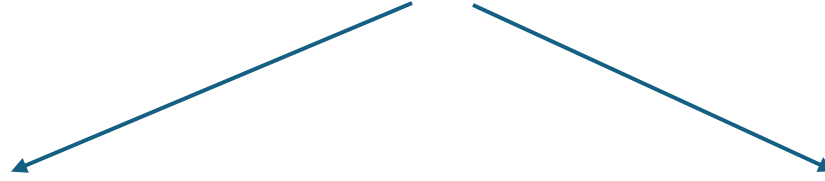
Precisan de una intervención terapéutica intensiva, más allá de los medios habituales, tanto desde el punto de vista farmacológico como instrumental y/o psicológico.

SÍNTOMAS REFRACTARIOS

No responden a un tratamiento paliativo correcto e intensivo sin comprometer el estado de consciencia, aplicado por profesionales bien entrenados y capacitados en un periodo razonable de tiempo.

SEDACIÓN PALIATIVA

Disminución deliberada de la consciencia del enfermo mediante la administración de los fármacos indicados con el objetivo de evitar un sufrimiento insoportable causado por uno o más síntomas refractarios.



SEDACIÓN EN LA AGONÍA

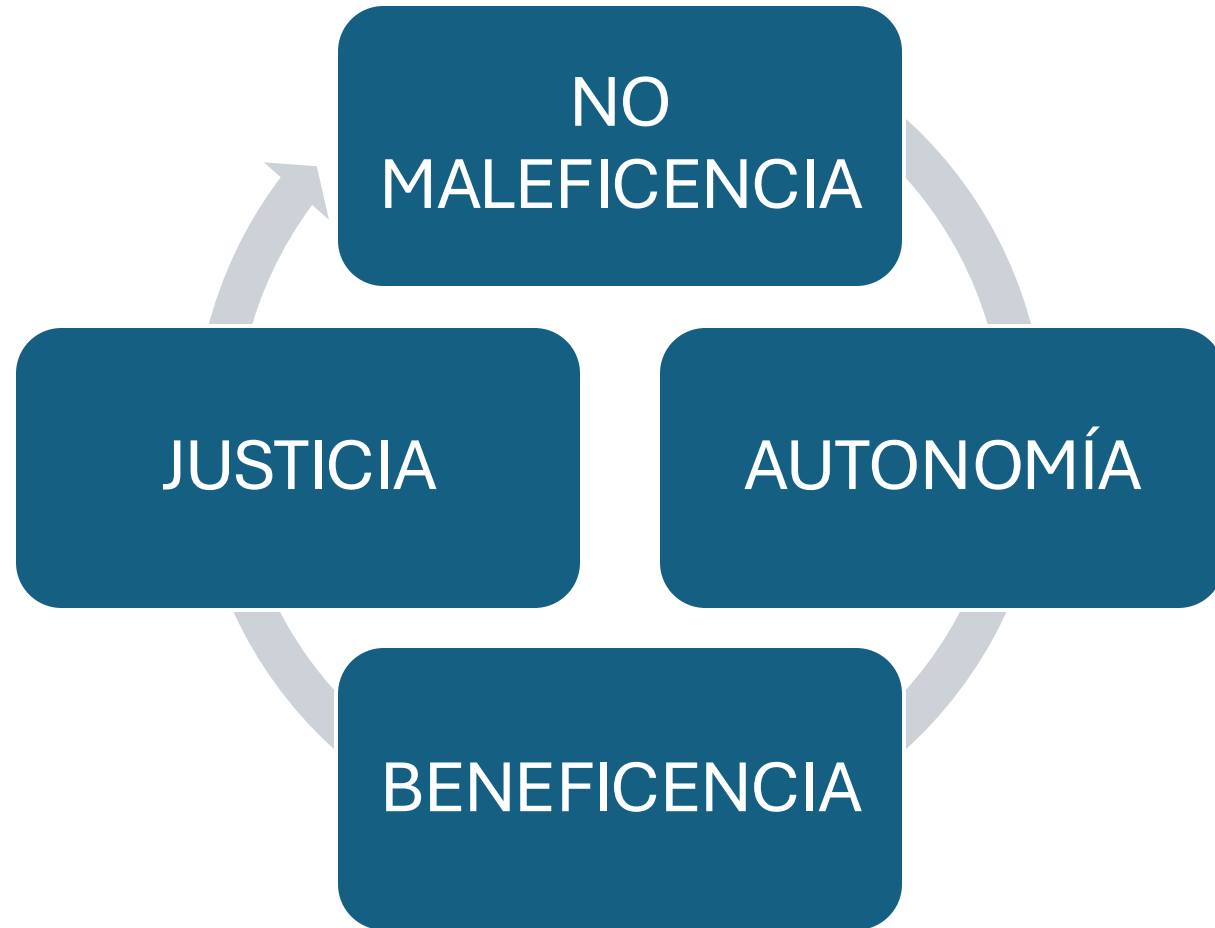
SEDACIÓN DE RESPIRO/ INTERMITENTE



	SEDACIÓN	EUTANASIA
Objetivo	Alivio del sufrimiento mediante el control de síntomas refractarios	Alivio del sufrimiento mediante la muerte del paciente
Procedimiento	Dosis mínima eficaz	Dosis letal intravenosa o autoadministrada
Consentimiento	Expreso del paciente o por representación	Expreso del paciente (capaz o reflejado en su documento de instrucciones previas)
Resultado	Confort del paciente	Muerte del paciente
Reversibilidad	Sí	No
Legalidad	Sí	Sí
Objeción de conciencia	No	Sí (individual, anticipada y por escrito)



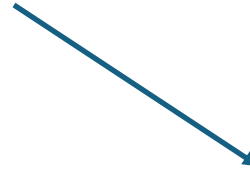
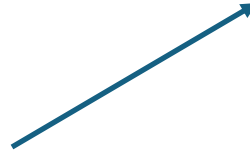
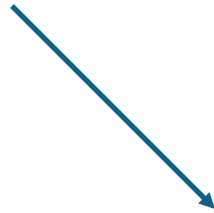
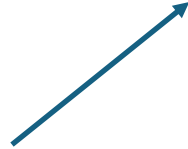
CONSIDERACIONES ÉTICAS



**NO
MALEFICENCIA**



ADECUACIÓN
DEL ESFUERZO
TERAPÉUTICO



OBSTINACIÓN
TERAPÉUTICA

OBSTINACIÓN
DIAGNÓSTICA

AUTONOMÍA

CONSENTIMIENTO
INFORMADO

DOCUMENTO DE
INSTRUCCIONES PREVIAS





ALCANCE Y REQUISITOS

✓ **ÁMBITOS DE APLICACIÓN:**

- Unidades de hospitalización.
- Servicios de urgencias.
- Domicilio del paciente.



✓ **CONDICIONES ÉTICAS Y JURÍDICAS:**

- Presencia de un síntoma refractario.
- Alivio del sufrimiento como finalidad.
- Consentimiento informado.
- * Vale consentimiento verbal.
- * Investigar los conocimientos y deseos del paciente.
- * En su defecto: juicio sustitutivo/ mejor interés.

✓ **CONOCER LOS CUIDADOS DE LOS ÚLTIMOS DÍAS.**

Información para familiares y allegados de personas en situación de últimos días

Recomendaciones para acompañar a su ser querido





MANEJO FARMACOLÓGICO



VÍAS DE ADMINISTRACIÓN

- **INTRAVENOSA (IV)**
- **SUBCUTÁNEA (SC)**

*Cambiar catéter cada 5-7 días.

- **INTRAMUSCULAR (IM)**

*A evitar.

MODALIDADES DE ADMINISTRACIÓN

- **INTERMITENTE**

*Bolos/ Rescates.

*Máximo 2-3ml, sin diluir.

*No heparinización/ lavados.

- **CONTINUA**

*Infusores elastoméricos/ por gravedad/ electrónicos.

* Sobre 3ml/h.



INDIVIDUALIZACIÓN DE LA DOSIS

- Edad del paciente.
- Estado nutricional.
- Historia de abuso a drogas, incluido el alcohol.
 - Toma de opioides previa.
 - Estado de la función renal y hepática.
 - Estadio de la enfermedad.
- Nivel de sedación que se quiera obtener.
- Deseos del paciente en relación al grado de sedación.

TIPOS DE DOSIS

- ✓ DE INDUCCIÓN
- ✓ DE MANTENIMIENTO
- ✓ DE RESCATE



Nivel de la escala de Ramsay



NIVEL 1

Paciente ansioso, agitado o inquieto.



NIVEL 2

Paciente cooperativo, orientado y tranquilo.



NIVEL 3

Paciente que responde solo a órdenes.



NIVEL 4

Paciente con una respuesta rápida a estímulos ligeros



NIVEL 5

Paciente con una respuesta lenta a estímulos ligeros



NIVEL 6

Paciente que no responde a estímulos



MIDAZOLAM

Elección para sedación en ausencia de delirium.

Ansiolítico, anticonvulsivante, relajante muscular y sinérgico con los opioides.

Inicio de acción: 2-3min (IV)/ 5-10min (SC).

Vida media plasmática: 2-5h.

Tolerancia, si toma previa de BZD: doblar dosis.

Antídoto: Flumazenilo (amp 0.1 mg/mL, dosis 0.1- 0.2 mg/IV a intervalos de 1 minuto hasta obtener la respuesta deseada, máximo 1 mg).

Se puede mezclar con: Morfina, Haloperidol, Butilbromuro de Hioscina, Levomepromazina, Metoclopramida.

Presentaciones disponibles	Dosis (SC/IV)	Comentario
<p>Midazolam®: amp. 15 mg/3 mL</p> <p>Midazolam®: amp. 50 mg/10 mL (solo disponible en hospital)</p> <p>Midazolam®: Botella 100 mg/100 mL (solo disponible en hospital)</p>	<p>Vía SC: - DI: 2.5 – 5 mg - DM en bolos: 2.5 – 5 mg/4 h - IC: 15 – 30 mg/24 h</p> <p>Vía IV: - DI: 1.5 – 3 mg - IC: DI x6 en 24 h</p> <p>Dosis máxima: 200 - 240 mg/24 h. Dosis mayores pueden provocar agitación paradójica.</p>	<p>Se puede administrar sin diluir tanto IV como SC. La dosis de inducción vía IV se puede obtener diluyendo 1 amp de 15 mg/3 mL en 7 mL de SF, en una jeringa de 10 mL, se obtiene una dilución 1 mL = 1.5 mg, administrar dicha dosis cada 5 minutos hasta conseguir un nivel de sedación adecuado (Ramsay 2-3). La dosis requerida será la dosis de inducción. En caso de necesitar una sedación rápida y profunda (Ramsay 5-6): doblar las dosis recomendadas.</p> <p>La dosis de rescate inicial (SC/IV) debe ser igual a la dosis de inducción.</p> <p>Para IC (SC o IV): preparar una perfusión diluyendo 250 mg de midazolam (5 amp de 50 mg) en 500 mL de SF, se obtiene una concentración de 0.5 mg/1 mL. En ámbito hospitalario, si disponemos de bomba de infusión electrónica, la IC se puede preparar en menor volumen (100 mL de SF). En IC tras las primeras 24 h, se deben sumar las dosis de rescate necesitadas y añadirlas a la dosis previamente calculada (dosis basal inicial + dosis de rescates). Se debe ajustar la dosis de rescate a 1/6 de la dosis total diaria. Si no se obtiene la respuesta deseada y estamos utilizando la vía SC, debemos pasar a la vía IV o al siguiente escalón.</p>
<p>DI: dosis inducción, DM: dosis mantenimiento, IC: infusión continua, SF: suero fisiológico, h: horas</p>		

LEVOMEPRMAZINA

Elección sí: delirium/ inefectividad de midazolam.

Analgésico, antipsicótico, antiemético, sedante.

Vida media plasmática: 15-30h.

Se puede combinar con: Butilbromuro de Hioscina, Morfina y Midazolam.

No debe mezclarse con: Haloperidol ni Metoclopramida.

Muy irritante por vía SC: vía separada.

Presentaciones disponibles	Dosis (SC/IV)	Comentario
<p>Sinogan®: amp. 25 mg/1 mL</p>	<p>Las dosis son similares para ambas vías: - DI: 12.5 - 25 mg - DM en bolos: 12,5 - 25 mg/6 – 8 h - DM en IC: 50 - 100 mg/24 h</p> <p>Dosis máxima: 300 mg/24 h.</p>	<p>Si se utilizaba midazolam se debe reducir la dosis de éste al 50% en las primeras 24 h y continuar reduciendo 1/3 cada día hasta suspenderlo. En alguna bibliografía, para alcanzar un grado de alivio óptimo ante sedaciones difíciles, recomiendan la asociación de Levomepromazina a Midazolam sin reducir su dosis.</p> <p>Para IC: preparar una perfusión diluyendo 100 mg (4 amp) en 100 mL de SF, se obtiene una concentración 1 mg/1 mL. En IC tras las primeras 24 h, se deben sumar las dosis de rescate necesitadas y añadirlas a la dosis previamente calculada. Si la dosis es administrada en bolos y ha precisado tres o más rescates, se recomienda aumentar la dosis pautada un 50 – 100%.</p>
<p>DI: dosis inducción, DM: dosis mantenimiento, IC: infusión continua, SF: suero fisiológico, h: horas</p>		

CLORURO MÓRFICO

Analgésico, provoca somnolencia.

Uso concomitante: disnea o dolor.

Asociación con midazolam: efectivo en el 95% de los casos.

Si toma previa de opioides: realizar conversión a morfina parenteral para dosis de partida.

Presentaciones disponibles	Dosis (SC/IV)	Comentario
<p>Cloruro Mórfico® 1%: amp. 10 mg/1 mL</p> <p>Cloruro Mórfico® 2%: amp. 40 mg/2 mL</p> <p>Cloruro Mórfico® 4%: amp. 400 mg/10</p>	<p>DI: bolos 5 - 10 mg/4 h o 1- 10 mg/h en IC</p> <p>DR: 1/6 de la dosis total diaria cada 15- 30 min</p>	<p>Para IC: preparar una perfusión diluyendo 100 mg de cloruro mórfico 1% (10 amp) en 100 mL de SF, se obtiene una concentración de 1 mg/1 mL.</p> <p>En ancianos y pacientes debilitados utilizaremos dosis menores.</p> <p>Se debe vigilar la frecuencia respiratoria y el diámetro pupilar.</p> <p>Puede mezclarse con los medicamentos habituales utilizados en cuidados paliativos.</p>

Opioide actual	Factor de conversión a morfina parenteral
Codeína oral	Dividir por 20
Tramadol oral	Dividir por 10 (SC) – 15 (IV)
Morfina oral	Dividir por 2 (SC) – 3 (IV)
Hidromorfona oral	Multiplicar por 3 (SC) – 2 (IV)
Oxicodona oral	Sin cambios (SC) – dividir por 1.5 (IV)
Oxicodona parenteral	Sin cambios (SC) – dividir por 1.5 (IV)
Fentanilo transdérmico	Sin cambios (SC) – dividir por 1.5 (IV)
Buprenorfina transdérmica	Sin cambios (SC) – dividir por 1.5 (IV)
Tapentadol	Dividir por 5 (SC) – dividir por 6 (IV)

(*) Los datos de la tabla son orientativos y las dosis equianalgésicas obtenidas son aproximadas. Para una conversión más precisa se recomienda ver la ficha técnica de cada medicamento.

BULTILBROMURO DE HIOSCINA

Anticolinérgico con función antisecretora.

Elección en la hipersecreción bronquial (estertores premortem).

HALOPERIDOL

Neuroléptico sedante.

Indicación en delirium.

Efecto antiemético.



Presentaciones disponibles	Dosis (SC/IV)	Comentario
<p>Buscapina®: amp 20 mg/ 1 mL</p>	<p>Dosis habitual: bolos 20 mg/4 - 6h</p> <p>IC: 20 – 100 mg/ 24h</p> <p>DM en IC: 50% de la dosis que se haya necesitado.</p> <p>Dosis máxima: 120 mg/24 h.</p>	<p>Puede mezclarse con los medicamentos habituales utilizados en cuidados paliativos.</p>
<p>DI: dosis inducción, DM: dosis mantenimiento, IC: infusión continua, SF: suero fisiológico, h: horas</p>		

Presentaciones disponibles	Dosis (SC/IV)	Comentario
<p>Haloperidol®: amp. 5 mg/ 1 mL</p>	<p>Dosis habitual: bolos 1 - 5 mg/8- 12 h</p> <p>DM en IC: 5 - 15 mg/24 h</p> <p>Dosis máxima: 20 mg/24h.</p>	<p>Puede mezclarse con los medicamentos habituales utilizados en cuidados paliativos excepto con Levomepromazina.</p>
<p>DI: dosis inducción, DM: dosis mantenimiento, IC: infusión continua, SF: suero fisiológico, h: horas</p>		



CodigoINFUSOR

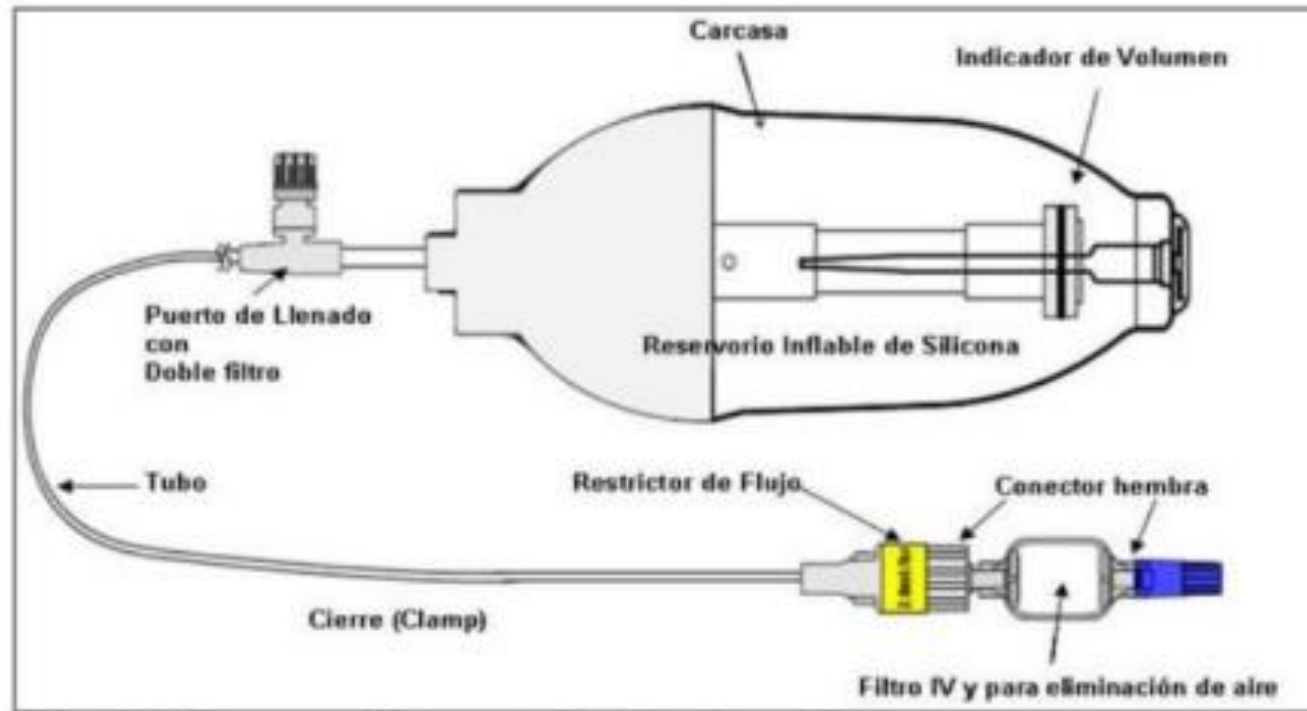


Figura 3.- Esquema de las partes básicas de un infusor

- ✓ Infusor elastomérico.
- ✓ Duración de 72h.
- ✓ Temperatura óptima: 31°C.
- ✓ Se mantiene pegado al cuerpo.
- ✓ Mantener a la misma altura que el catéter en uso.
- ✓ No se puede sumergir en agua.



PROTOCOLO
CódigoINFUSOR 1

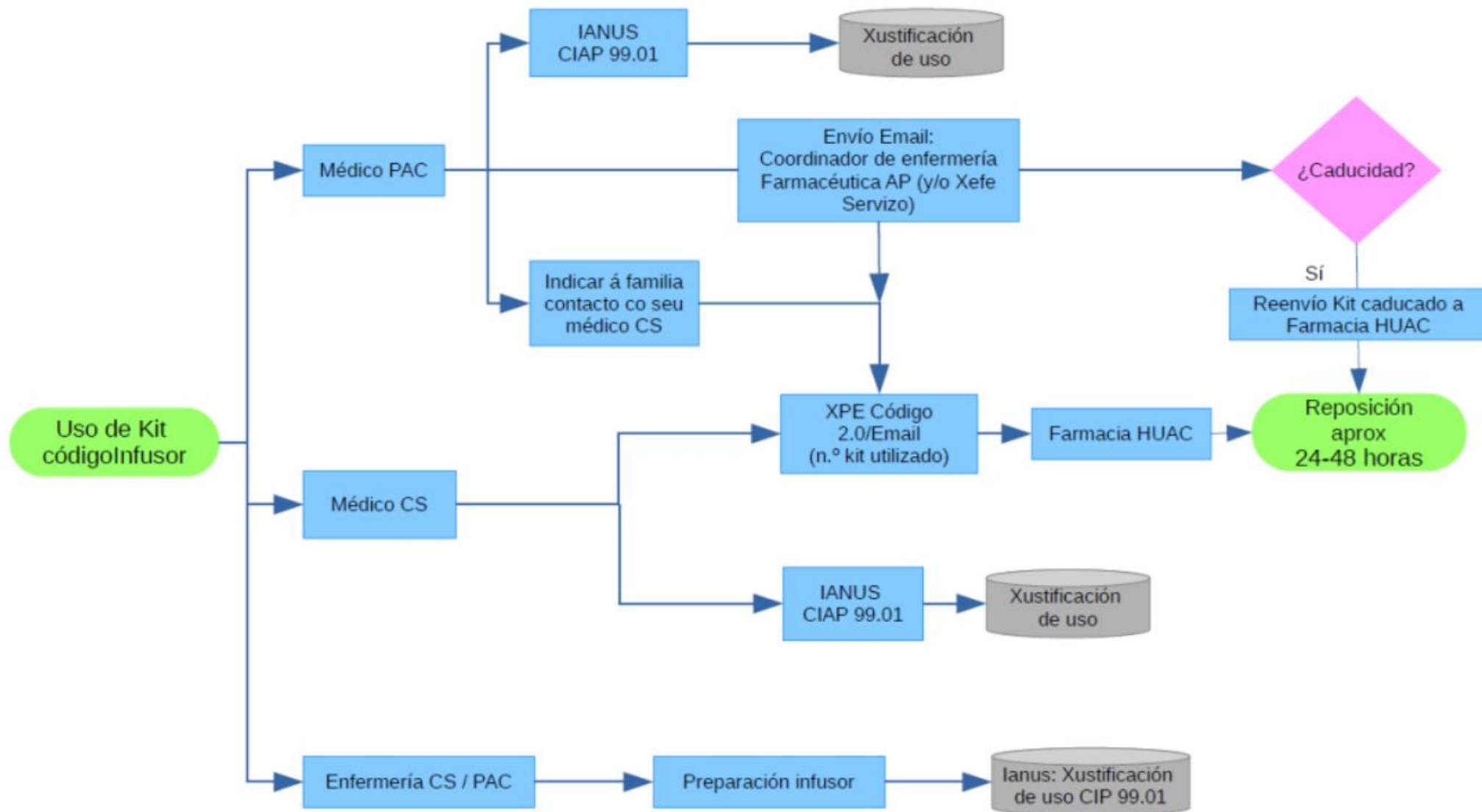
Morfina: 400 mg (10 mL de morfina 4%)
Midazolam 400 mg (80 mL de Midazolan 50 mg/10 mL)
Soro Fisiológico: 10 mL
Volume final: 100 mL

PROTOCOLO
CódigoINFUSOR 2

Morfina: 200 mg (5 mL de morfina 4%)
Midazolam 400 mg (80 mL de Midazolan 50 mg/10 mL)
Soro Fisiológico: 15 mL
Volume final: 100 mL

PROTOCOLO
CódigoINFUSOR 3

Morfina: 400 mg (10 mL de morfina 4%)
Midazolam 200 mg (40 mL de Midazolan 50 mg/10 mL)
Soro Fisiológico: 50 mL
Volume final: 100 mL



CONCLUSIONES




1. La sedación paliativa se utiliza para aliviar síntomas refractarios en pacientes en fase terminal.
2. Requiere criterios clínicos claros, consentimiento informado y registro adecuado.
3. Los infusores y protocolos estandarizados permiten una administración segura de los fármacos.
4. El Código INFUSOR en Atención Primaria facilita la sedación paliativa en el domicilio.

BIBLIOGRAFÍA




1. Área Sanitaria da Coruña e Cee. Protocolo de sedación paliativa (Código ASCC-PT-075). A Coruña: Comité de Ética Asistencial, CHU A Coruña; 2024.

2. Área Sanitaria da Coruña e Cee. Sedación paliativa en Atención Primaria: CódigoINFUSOR (Código ASCC-PT-076). A Coruña: Área Sanitaria da Coruña e Cee; 2024.

 SERVIZO GALEGO DE SAÚDE	ÁREA SANITARIA DA CORUÑA E CEE	Código: ASCC-PT-076
		Páxina: 1
SEDACIÓN PALIATIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA – CódigoINFUSOR		Data: 22/07/2024

SEDACIÓN PALIATIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA CódigoINFUSOR

 SERVIZO GALEGO DE SAÚDE	ÁREA SANITARIA DA CORUÑA E CEE	Código: ASCC-PT-075
		Página 1
PROTOCOLO SEDACIÓN PALIATIVA		Data: 1/04/2024

PROTOCOLO SEDACIÓN PALIATIVA



GRACIAS