SEDACIÓN PALIATIVA

Autores: de Noriega Echevarría I, Navarro Marchena L, Peláez Cantero MJ.

Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid. 2 Hospital San Joan de Deu. Barcelona 3 Hospital Materno-infantil Carlos Haya. Málaga

INTRODUCCIÓN

a) Definición de sedación paliativa

La sedación paliativa tiene como objetivo aliviar el sufrimiento refractario mediante el uso proporcional y monitorizado de medicamentos destinados a reducir la conciencia en pacientes con enfermedades limitantes de la vida.

Se debe emplear este término y no otros similares como: "sedación terminal", "sedación a la inconsciencia" o "sedación terapéutica".

b) Indicaciones

El uso de la sedación paliativa puede tener lugar en los siguientes escenarios:

- Para el manejo del sufrimiento refractario: éste abarca síntomas físicos y psicológicos angustiantes, así como estados de sufrimiento existencial. En este punto será importante diferenciar entre síntoma refractario y síntoma difícil:
  - Síntoma refractario: aquel que no puede controlarse adecuadamente con los medios disponibles por un equipo experto en un plazo de tiempo proporcionado.
  - Síntoma difícil: aquel que precisa para su control de una intervención terapéutica intensiva, más allá de los medios habituales, no sólo farmacológicos, sino también intervencionistas y psicológicos.
- En situaciones de emergencia en caso de muerte inminente
- En el destete del soporte vital al final de la vida, cuando la aparición de sufrimiento refractario es previsible
- Como respiro temporal cuando el tratamiento no puede lograr alivio suficiente en un plazo aceptable, se trata de una sedación de duración limitada.

En nuestro país la Sociedad de Cuidados Paliativos (SECPAL) recoge el término de sedación paliativa en la agonía cuando la sedación paliativa se utiliza en el enfermo que se encuentra en sus últimos días u horas de vida para aliviar un sufrimiento intenso. En

© Sociedad Española de Cuidados Paliativos Pediátricos – www.pedpal.es

esta situación la sedación es continua y tan profunda como sea necesario para aliviar dicho sufrimiento. Recomendamos no usar este término en nuestro contexto para así alinearnos con el resto de literatura publicada en pediatría.

APLICACIÓN DE SEDACIÓN PALIATIVA

Características de la sedación

Previo a la elección de un fármaco es necesario considerar las características que queremos aplicar:

- **Temporalidad: continua** vs intermitente.
    - Continua: de elección cuando se prevea que la disminución de sedación pueda producir un empeoramiento.
    - Intermitente: se puede plantear cuando se prevea mejoría del síntoma, existe un componente de ansiedad aparentemente transitorio o si se quiere mantener al paciente con momentos puntuales de consciencia.
- **Nivel de sedación:** profunda vs superficial.
    - En general, se recomienda utilizar el nivel más bajo posible que proporcione un alivio adecuado del sufrimiento y mantenga la función interactiva del paciente en la medida de lo posible
- **Vías:** la mayoría de fármacos van a requerir de una vía de administración continua, siendo las más empleadas la intravenosa y la subcutánea. Para la inducción, como alternativa, pueden plantearse vías de administración rápida (transmucosa, intramuscular…).
- **Ámbito:** domicilio vs hospital.
    - Debe plantearse en función de la disponibilidad de recursos locales y de las preferencias del paciente y su familia.
    - Se debe garantizar un control adecuado del paciente valorando su complejidad global contando con la posibilidad de dar apoyo a sus cuidadores 24 horas al día.

Elección de fármacos

- Generalmente se administran en perfusión continua y con *bolus* de rescate.
- Al inicio, suele ser necesario emplear *bolus* de inducción para alcanzar niveles plasmáticos rápidamente.
- La dosis basal y de rescates se irán titulando en función de las necesidades del paciente.

© Sociedad Española de Cuidados Paliativos Pediátricos – www.pedpal.es

***Midazolam*:** Fármaco de elección. Tiene como principales ventajas una vida media corta, la posibilidad de abarcar todo el espectro de sedación (superficial a profunda), la posibilidad de administrarse tanto por vía intravenosa como subcutánea y que presenta pocas interacciones e incompatibilidades con otros fármacos o con situaciones de fallo renal o hepático. Además, en caso de urgencia se pueden emplear las presentaciones bucales o nasales como inductores. En pacientes que hayan recibido benzodiacepinas pueden ser necesarias dosis más altas por la presencia de tolerancia.

Levomepromazina: de primera elección si el síntoma refractario es el delirium o si falla el midazolam.

***Fenobarbital*:** especialmente indicado cuando el síntoma a tratar son crisis epilépticas o irritabilidad de origen central. Presenta interacciones farmacocinéticas con múltiples fármacos.

***Propofol*:** farmacológicamente muy inestable, sólo se puede administrar por vía intravenosa y generalmente se utiliza en medio hospitalario por parte de profesional experto. Presenta interacciones importantes con otros fármacos. Se suele reservar para casos en los que se prevé una duración de sedación de entre horas-días.

© Sociedad Española de Cuidados Paliativos Pediátricos – www.pedpal.es

Fármaco	Vías	Dosis de inducción	Ritmo de mantenimiento inicial	Particularidades
Midazolam	IV SC	0,03-0,05 mg/kg Repetir si es necesario dosis cada 5 minutos (máx 2 mg)	25%-33% de la dosis de inicio acumulada. Dosis habitual de inicio 0,05-0,1 mg/kg/h Aumentar según necesidades	-Dosis máxima diaria: 240 mg/día (10 mg/h) -Vigilar tolerancia si recibía benzodiacepinas previamente. -Compatible con la mayoría de fármacos. -Utilizar con precaución en fallo hepático por posible efecto paradójico.
Levomepromazina	IV SC	0,25-1 mg/kg/24 h (infusión SC continua o dividiendo la dosis cada 8 horas) Aumentar según se precise		-Útil como adyuvante, especialmente con ansiedad o delirium. -Dosis máxima en adultos: 100 mg/día
Clorpromazina	IV	1-2 mg/kg/día (infusión IV continua o dividiendo la dosis cada 6- 8 horas). Inducción en adultos: 12.5-25 mg		-Dosis máxima en adultos: 300 mg/día
Fenobarbital	IV SC IM	1-6 mg/kg Si precisa repetir dosis, 1-2 mg/kg cada 5 minutos	1 mg/kg/h Aumentar según necesidades	-Distintas diluciones según vías. -No mezclar con otros fármacos.
Propofol	IV	0,25-0,5 mg/kg Repetir dosis si es preciso a los 30 min	1-4 mg/kg/h Si mal control: aumentar 0,5 mg/kg/h cada 30 min	-Manejo por equipo con experiencia. -No emplear >3 mg/kg/h prolongadamente. -Irritante en punto de infusión. -Riesgo de infección. -Administrar por vía única por incompatibilidades. -Sin interacciones hepáticas o renales.
Dexmedetomedina	IV	1 ug/kg en 10 min e iniciar infusión a 0,1 ug/kg/h	0,1-1 ug/kg/h Titular en función respuesta en primeros 10 minutos	-Rol potencial en pediatría con alivio del dolor y preservación de conciencia simultánea -Monitorizar bradicardia e hipotensión en primeros minutos y en cambios de dosis.

Tabla 1. Principales fármacos empleados en sedación paliativa pediátrica

© Sociedad Española de Cuidados Paliativos Pediátricos – www.pedpal.es

Utilización de otros fármacos durante la sedación:

- Individualizar y mantener aquellos fármacos que consideremos esenciales.
- En el momento de iniciar una sedación paliativa se deben reevaluar el resto de terapias y tratamientos. En general, el **tratamiento sintomático** (p. ej. opioides para dolor o disnea, escopolamina para los estertores, etc.), debe mantenerse, pues su suspensión puede empeorar la situación del paciente. La sedación suele suponer la pérdida de la vía oral, por lo que toda medicación que se administrase por esa vía debe suspenderse o cambiarse a una vía alternativa.

Consentimiento informado y registro

- Siempre que sea posible, la decisión de iniciar una sedación paliativa debe basarse en un criterio multiprofesional.
- Cuando sea previsible que se vaya a necesitar una sedación paliativa se recomienda abordar esta posibilidad antes de que se produzca una crisis de mal control sintomático, presentando la disminución del nivel de conciencia como una herramienta médica bien conocida que le garantiza la ausencia de sufrimiento en caso de ser necesario.
- En función del nivel de competencia del paciente se recomienda incorporarle al proceso de planificación. En el caso de ser competente se pueden acordar con él la vía de administración, el nivel o temporalidad de sedación (si desea mantener la consciencia).
- Cuando sea necesario aplicar una **sedación paliativa de emergencia** por un empeoramiento brusco, el proceso de información debe realizarse como ante otras situaciones urgentes y se actuará siempre según el criterio de mayor beneficio para el paciente.
- No es necesario la firma de un consentimiento escrito. Se debe registrar en la historia clínica todos los puntos referentes al proceso de deliberación, acuerdos, motivos de indicación, fármacos, vías y dosis empleadas.

Monitorización

Mientras se mantenga la sedación, debe vigilarse el estado de confort del paciente, su estabilidad clínica, el nivel de sedación, la aparición de efectos adversos, y la existencia de causas de sufrimiento diferentes a la que originó el síntoma.

- Empleo de escalas: Se recomienda utilizar **escalas observacionales y medidas validadas**. Para controlar el nivel de sedación puede emplearse la escala de Ramsay, mientras que para cada síntoma puede emplearse una escala específica.
- Dado que el grado global de confort es un concepto subjetivo y por lo tanto difícil de convertir en una medición objetiva, en caso de que el paciente no

© Sociedad Española de Cuidados Paliativos Pediátricos – www.pedpal.es

pueda expresarse, debe incluirse la valoración de la familia.

- Monitorización inicial: Al inicio, se recomienda una monitorización estrecha (cada 15-30 minutos) para ajustar la dosis de inducción y el ritmo de mantenimiento.
- Monitorización continua: El nivel de monitorización debe adecuarse a las circunstancias del paciente:
    a. En el caso de encontrarse en situación en el contexto de final de vida, es prioritario monitorizar el confort del paciente y evitar mediciones que puedan resultar invasivas.
    b. Ante una sedación planteada como reversible la monitorización de constantes vitales deberá ser más estrecha.
    c. Durante la administración de bolos, se debe monitorizar la aparición de posibles efectos secundarios del fármaco en cuestión.
    d. En caso de plantearse la suspensión de la sedación paliativa por mejoría del control sintomático del paciente, este debe hacerse de modo gradual con una monitorización estrecha.

Seguimiento

- Efectos secundarios: si bien la tasa de efectos secundarios es baja, es necesario explicarlos y prever su aparición y eventual tratamiento (p.ej. anticolinérgicos para estertores).
- Hidratación y nutrición: se valorará su necesidad en función de la situación de confort del paciente y su situación clínica.
- Información: la duración de la aplicación de sedación paliativa es variable por lo que es necesario mantener informados a los familiares y al resto de profesionales que atienden al paciente del estado de sedación, confort y de su evolución.

Marco deontológico

El grupo de trabajo “Atención médica al final de la vida” de la Organización Médica Colegial y de la Sociedad Española de Cuidados paliativos establece que “cuando la sedación está indicada y existe consentimiento, el médico tiene la obligación de aplicarla. Si un médico se negara a realizarla, el paciente o en su defecto la familia, la podría exigir como un derecho, que se corresponde con el deber profesional del médico, tal y como establece el Código de Deontología Médica”. No procede por tanto la objeción de conciencia del médico como justificación para no realizar la sedación paliativa cuando sea necesaria, para el alivio del sufrimiento de las personas con enfermedad en fase terminal.

© Sociedad Española de Cuidados Paliativos Pediátricos – www.pedpal.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Surges SM, Brunsch H, Jaspers B, et al. Revised European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework on palliative sedation: An international Delphi study. Palliative Medicine. 2024;38(2):213-228. doi:10.1177/02692163231220225
2. Kiman R, Wuiloud AC, Requena ML. End of life care sedation for children: Current Opinion in Supportive and Palliative Care [Internet]. septiembre de 2011 [citado 4 de enero de 2019];5(3):285-90. Disponible en: http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=01263393-201109000-00016
3. Cherny NI, Radbruch L, The Board of the European Association for Palliative Care. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. Palliative Medicine [Internet]. octubre de 2009 [citado 4 de enero de 2019];23(7):581-93. Disponible en: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216309107024
4. Cherny NI, on behalf of the ESMO Guidelines Working Group. ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. Annals of Oncology [Internet]. 1 de septiembre de 2014 [citado 19 de junio de 2019];25(suppl 3):iii143-52. Disponible en: https://academic.oup.com/annonc/article-lookup/doi/10.1093/annonc/mdu238
5. Gurschick L, Mayer DK, Hanson LC. Palliative Sedation: An Analysis of International Guidelines and Position Statements. Am J Hosp Palliat Care [Internet]. septiembre de 2015 [citado 19 de junio de 2019];32(6):660-71. Disponible en: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049909114533002
6. Organización Médico Colegial Española, Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de Sedación Paliativa. CGCOM 2011. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_sedaccion_paliativa.pdf.
7. Anghelescu DL, Hamilton H, Faughnan LG, Johnson L-M, Baker JN. Pediatric palliative sedation therapy with propofol: recommendations based on experience in children with terminal cancer. J Palliat Med. octubre de 2012;15(10):1082-90.
8. 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. Última actualización 06/12/2018. [Internet]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188
9. Postovsky S, Moaed B, Krivoy E, Ofir R, Ben Arush MW. PRACTICE OF PALLIATIVE SEDATION IN CHILDREN WITH BRAIN TUMORS AND SARCOMAS AT THE END OF LIFE. Pediatric Hematology and Oncology [Internet]. enero de 2007 [citado 6 de

julio de 2019];24(6):409-15. Disponible en: http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08880010701451079

10. Schildmann EK, Schildmann J, Kiesewetter I. Medication and Monitoring in Palliative Sedation Therapy: A Systematic Review and Quality Assessment of Published Guidelines. Journal of Pain and Symptom Management [Internet]. abril de 2015 [citado 8 de julio de 2019];49(4):734-46. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392414004655
11. Naipul A, Ullrich C. Palliative sedation en: Wolfe J, Hinds PS, Sourkes BM, editores. Textbook of interdisciplinary pediatric palliative care. Philadelphia: Elsevier/Saunders; 2011. pp 204-214.
12. País Vasco, Departamento de Sanidad. Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia = Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2008.
13. Korzeniewska-Eksterowicz A, Przysło Ł, Fendler W, Stolarska M, Młynarski W. Palliative Sedation at Home for Terminally Ill Children With Cancer. Journal of Pain and Symptom Management [Internet]. noviembre de 2014 [citado 4 de enero de 2019];48(5):968-74. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392414001948
14. Olsen ML, Swetz KM, Mueller PS. Ethical Decision Making With End-of-Life Care: Palliative Sedation and Withholding or Withdrawing Life-Sustaining Treatments. Mayo Clinic Proceedings [Internet]. octubre de 2010 [citado 27 de junio de 2019];85(10):949-54. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025619611602371
15. Whitehead P. Palliative Pharmacologic Sedation for Terminally Ill Adults. CJON [Internet]. 1 de junio de 2015 [citado 8 de julio de 2019];19(3):373-4. Disponible en: http://cjon.ons.org/cjon/19/3/palliative-pharmacologic-sedation-terminally-ill-adults
16. Pellegrino ED. Decisions to withdraw life-sustaining treatment: a moral algorithm. JAMA. 23 de febrero de 2000;283(8):1065-7.
17. Bobb B. A Review of Palliative Sedation. Nursing Clinics of North America [Internet]. septiembre de 2016 [citado 8 de julio de 2019];51(3):449-57. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0029646516300214
18. Cowan JD, Walsh D. Terminal sedation in palliative medicine--definition and review of the literature. Support Care Cancer. septiembre de 2001;9(6):403-7.
19. Brinkkemper T, van Norel AM, Szadek KM, Loer SA, Zuurmond WW, Perez RS. The use of observational scales to monitor symptom control and depth of sedation in patients requiring palliative sedation: A systematic review. Palliat Med [Internet]. enero de 2013 [citado 8 de julio de 2019];27(1):54-67. Disponible en: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216311425421

20. National Institute for Health and Care Excellence. End of life care for infants, children and young people with life-limiting conditions. 2016. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/ng61.
21. Porta, J et al. Guía práctica de sedación paliativa. 2013. Disponible en: https://www.scbcp.cat/?p=page/html/documents
22. Cuviello A, Johnson L-M, Morgan K, Anghelescu D, Baker J. Palliative Sedation Therapy in Pediatrics: An Algorithm and Clinical Practice Update. Children. 2022; 9 (1887)
23. Organización Médico Colegial Española, Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de Sedación Paliativa. CGCOM 2021. Disponible en: https://www.cgcom.es/publicaciones/guia-de-sedacion-paliativa

© Sociedad Española de Cuidados Paliativos Pediátricos – www.pedpal.es