



SEDACIÓN PALIATIVA

Maria Cruellas Garau
R4 MFiC
CS Santa Ponça
Gener 2020

Mujer de 86 años pluripatológica, deterioro cognitivo severo, dependiente para ABVD, institucionalizada.

Presenta tos, expectoración y disnea de 3 días de evolución. Desde hace 48h en tratamiento con oxigenoterapia, antibioterapia y broncodilatadores. Avisan por mala evolución.

Paciente con bajo nivel de consciencia, retira al dolor, **caliente**, taquipneica (O₂ 2L/min). **Estertores** audibles. AR: roncus en ambos campos. AC: rítmica, **taquicardia**.

1. DEFINICIÓN

Uso específico de medicación sedativa para aliviar el sufrimiento intolerable de síntomas refractarios mediante una reducción del nivel de conciencia del paciente
(consenso alcanzado en 2007 por un panel de 29 expertos de Cuidados Paliativos, tras una revisión sistemática de la literatura).

La *European Association of Palliative Care (EAPC)* en su documento de consenso del año 2010 define la Sedación Paliativa en el contexto de los Cuidados Paliativos como **“el uso controlado de medicamentos con el propósito de inducir un estado de conciencia disminuido o ausente (pérdida de conocimiento) y con el fin de aliviar la carga de un sufrimiento intratable, de una manera que sea éticamente aceptable para el paciente, la familia y los profesionales”**.

2. CARACTERÍSTICAS SEDACIÓN EN DOMICILIO

- Dificultades técnicas, rapidez de intervención y estrecho seguimiento.
- Necesidad de cuidadores.
- Vía subcutánea.
- Coordinación y servicios de continuidad (ESAD, 061).

- Valoración continuada.
- Preferencia paciente y familia.
- Tener en cuenta contraindicaciones.

3. INDICACIONES

Enfermedad terminal: no existe tratamiento específico para lograr la curación y en la que se prevé la muerte en un plazo de tiempo corto.

- **Síntomas refractarios, físicos o psicológicos:** síntomas diversos, cambiantes y multifactoriales cuyo manejo escapa a los tratamientos habituales.
 - Delirium, disnea, dolor, hemorragias, crisis de angustia-pánico
- Procedimientos diagnósticos o terapéuticos molestos, dolorosos y/o distresantes (cura de herida, desimpactación fecal) → reversible, corta duración.

ALIVIAR SUFRIMIENTO

4. CONTRAINDICACIONES

- Situaciones de **riesgo elevado de precisar sedación urgente** (hemorragia masiva, convulsiones, etc.) → vía subcutánea no garantiza control de la situación.
- **Circunstancias ajenas al control del equipo** (festivos, dificultad obtención de medicación, dificultades manifiestas en la gestión de la situación por parte de la familia y/o cuidadores, domicilio no adecuado) que puedan interferir en el desarrollo de la intervención.

5. PROCEDIMIENTO (I)

- Existencia de enfermedad terminal.
- Presencia de síntoma refractario tanto físico como psicológico.
- Participación del paciente (si es posible), familia y profesionales en la toma de decisiones.
- Información de la decisión a todo el equipo asistencial.
- Prescripción médica de las medidas farmacológicas necesarias.
- Limitación del esfuerzo terapéutico (simplificar tratamiento).
- Monitorización de la evolución y ajuste del tratamiento.
- Registro detallado del proceso en historia clínica.

5. PROCEDIMIENTO (II)

En domicilio

- En el momento de aplicar las medidas de sedación, el deseo de permanecer en domicilio ha de ser firme y compartido.
- Con anterioridad detectar situaciones cuyo control pueda resultar difícil en el ámbito domiciliario.
- Contactar con equipos de profesionales que van a tomar parte en el seguimiento.
- **Dejar plan de actuación escrito en domicilio.**
- Seguimiento exhaustivo.

6. MODALIDADES VÍA SUBCUTÁNEA

Administración en bolos	Infusión continua
<ul style="list-style-type: none">• Mediante palomita• Efecto discontinuo de los fármacos• Volúmenes pequeños• Mejor efecto en dolor agudo• Más manipulaciones• Menor coste	<ul style="list-style-type: none">• Mediante infusor• Concentración de fármaco en plasma uniforme• Volúmenes más grandes• Peor efecto en dolor agudo• Evita manipulaciones• Coste más elevado• Posibilidad de mezclar diferentes fármacos

7. MATERIAL

- Palomita calibre 23 o 25 G
- **Infusor**
- **Jeringa de cono luerlock 50 ml**
- Apósito transparente
- Aguja intramuscular
- Jeringa 10 ml
- Esparadrapo
- Solución antiséptica
- Medicación
- Suero fisiológico
- Guantes no estériles



8. TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN VÍA SUBCUTÁNEA

- Pelliscar con el dedo índice y pulgar e introducir la palomita en la base con un ángulo de 45° y bisel hacia arriba.
- Zona infraclavicular, pared abdominal anterior, zona deltoides, cara anterior muslo.
- Duración media 5-7 días.
- Complicaciones: irritación local, salida accidental de la aguja (apósito transparente).
- Combinar infusión continua con dosis de rescate.
- Jeringas precargadas con la dosis.
- Tras dosis → 0,5-1 ml de SF.

9. FÁRMACOS (I)

- Sustancias hidrosolubles: menos irritantes y menor riesgo de acumulación.
- Sustancia liposolubles: diazepam y clorpromacina (largactil ®).

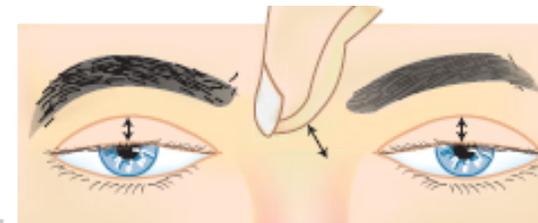


Fármaco	Presentación
Morfina	1 ml al 1 %, 1 ml= 10 mg
Midazolam	3 ml con 15 mg, 1 ml= 5 mg
Haloperidol	1 ml con 5 mg
Metoclopramida	2 ml con 10 mg
Butilbromuro de hioscina	1 ml con 20 mg
Dexametasona	1 ml con 4 mg

9. FÁRMACOS (II): FRECUENTEMENTE UTILIZADOS

Fármaco	Indicación	Dosis diaria	Bolos	Rescates
Morfina	Dolor y disnea	Depende de uso de opioides previos	2,5-5mg/4 h	10-15% dosis en 24h
Midazolam	Delirium, agitación, convulsiones, sedación	Según escala Ramsay 30-60mg/24h	5-7,5mg/4- 6 h	5 mg
Haloperidol	Delirio Vómitos origen central	7,5 -30 mg en 24 h 1-3 mg en 24h	5-15mg/12 h o DU nocturna 1-3 mg/12-24h	5 mg
Metoclopramida	Náuseas y vómitos de origen periférico	30-60 mg/día	10-20 mg/6-8 h	
Butilbromuro de hioscina	Estertores premortem Dolor cólico	60-120 mg/día	20 mg/8 h	20 mg

ESCALA RAMSAY - DISMINUCIÓN NIVEL CONSCIENCIA



Escala de Ramsay- ICO		Dosis midazolam aproximada
I	Agitado, angustiado	
II	Tranquilo, orientado y colaborador	
IIIa	Respuesta agitada a estímulos verbales	15-30 mg/día
IIIb	Respuesta tranquila a estímulos verbales	“
IVa	Respuesta agitada a la presión glabellar o estímulos dolorosos	“
IVb	Respuesta tranquila a la presión glabellar o estímulos dolorosos	“
V	Respuesta perezosa a la presión glabellar o estímulos dolorosos	30-50 mg/día
VI	No respuesta	> 50 mg/ día

9. FÁRMACOS (II): FRECUENTEMENTE UTILIZADOS

Fármaco	Indicación	Dosis diaria	Bolos	Rescates
Morfina	Dolor y disnea	Depende de uso de opioides previos	2,5-5mg/4 h	10-15% dosis en 24h
Midazolam	Delirium, agitación, convulsiones, sedación	Según escala Ramsay 30-60mg/24h	5-7,5mg/4- 6 h	5 mg
Haloperidol	Delirio Vómitos origen central	7,5 -30 mg en 24 h 1-3 mg en 24h	5-15mg/12 h o DU nocturna 1-3 mg/12-24h	5 mg
Metoclopramida	Náuseas y vómitos de origen periférico	30-60 mg/día	10-20 mg/6-8 h	
Butilbromuro de hioscina	Estertores premortem Dolor cólico	60-120 mg/día	20 mg/8 h	20 mg

9. FÁRMACOS (III): OCASIONALMENTE UTILIZADOS

- **Dexametasona:** hipertensión endocraneal, obstrucción intestinal, compresión medular y síndrome vena cava.
 - Dosis inicial 4-16 mg (mantenimiento 2-4mg).
 - Puede precipitar al asociarse con otros fármacos.
- **Levomepromacina** (sinogan ®): sedante, si predomina delirium.
 - Dosis diaria: 50-200mg.
 - Dosis rescate: 25mg.
- **Furosemida:** insuficiencia cardiaca refractaria.
 - Dosis 20 mg/ 8 horas.
- **Diclofenaco:** fiebre.
 - 37,5mg/ 8 horas.
 - No mezclar con otros fármacos.

9. FÁRMACOS (IV): ASOCIACIONES FARMACOLÓGICAS

- Combinación más frecuente:

cloruro mórfico + midazolam+ N-butil de hioscina

- No se recomienda mezclar más de tres fármacos en el mismo infusor.
- Evitar asociar dexametasona y diclofenaco con otros fármacos.

9. FÁRMACOS (V): CLORURO MÓRFICO

Buena absorción vía subcutánea:

Inicio efecto: 15-20 minutos.

Duración 4 horas.

Relación morfina oral/
parenteral 2:1

- ❖ **Dosificación inicial: depende de administración previa o no de opioides por otras vías.**
 - Sin tratamiento previo con opioides → cloruro mórfico 5-10 mg/24 horas.
 - Tratamiento previo con opioide:
 - **Codeína o tramadol** vía oral a dosis habitual → cl. Mórfico 30 mg/ 24 horas.
 - **Morfina oral** → 50% de la dosis que recibe en las últimas 24 horas.
 - **Fentanilo transdérmico:** misma cantidad de cl. Mórfico que la dosis en microgramos/hora que recibía el paciente. Ej: parche fentanilo transdérmico 50 mcg/h = cloruro mórfico 50 mg sc en 24 horas.

9. FÁRMACOS (V): CLORURO MÓRFICO

“parche fentanilo transdérmico 50 mcg/h = cloruro mórfico 50 mg sc en 24 horas”

Ejemplo: **Fentanilo TD a Morfina sc**

- Fentanilo TD a morfina VO: multiplicar la dosis del parche por 24 para obtener la dosis total diaria y dividir por 10 para convertir en morfina vía oral (x2 o 2,4)

50 mcg/h. $50 \times 24 = 1200$; $1200:10 = 120$ mg morfina vía oral

- Morfina vía oral a morfina sc (2:1)

120 mg morfina oral $/2 = 60$ mg morfina sc/día

Bolus: 10 mg cada 4 horas

9. FÁRMACOS (V): CLORURO MÓRFICO

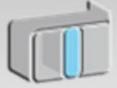
❖ Ajuste de dosis:

- Aumento de dosis del 50% de la dosis previa hasta conseguir dosis adecuada.
- Dolor episódico o disnea → dosis de “rescate”: 10-15% de la dosis que recibe el paciente en 24 horas (o 1/10-1/6).

Ejemplo: 60 mg morfina sc/día

- Aumentar dosis: 50% de 60 mg → 90 mg/ día
- Dosis rescate:
 - 1/10 de 60mg → 6 mg
 - 1/6 de 60 mg → 10 mg
 - 6-10 mg/ dosis

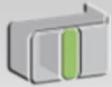
orthodose



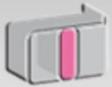
rescuedose



opioid switcher



corticodose

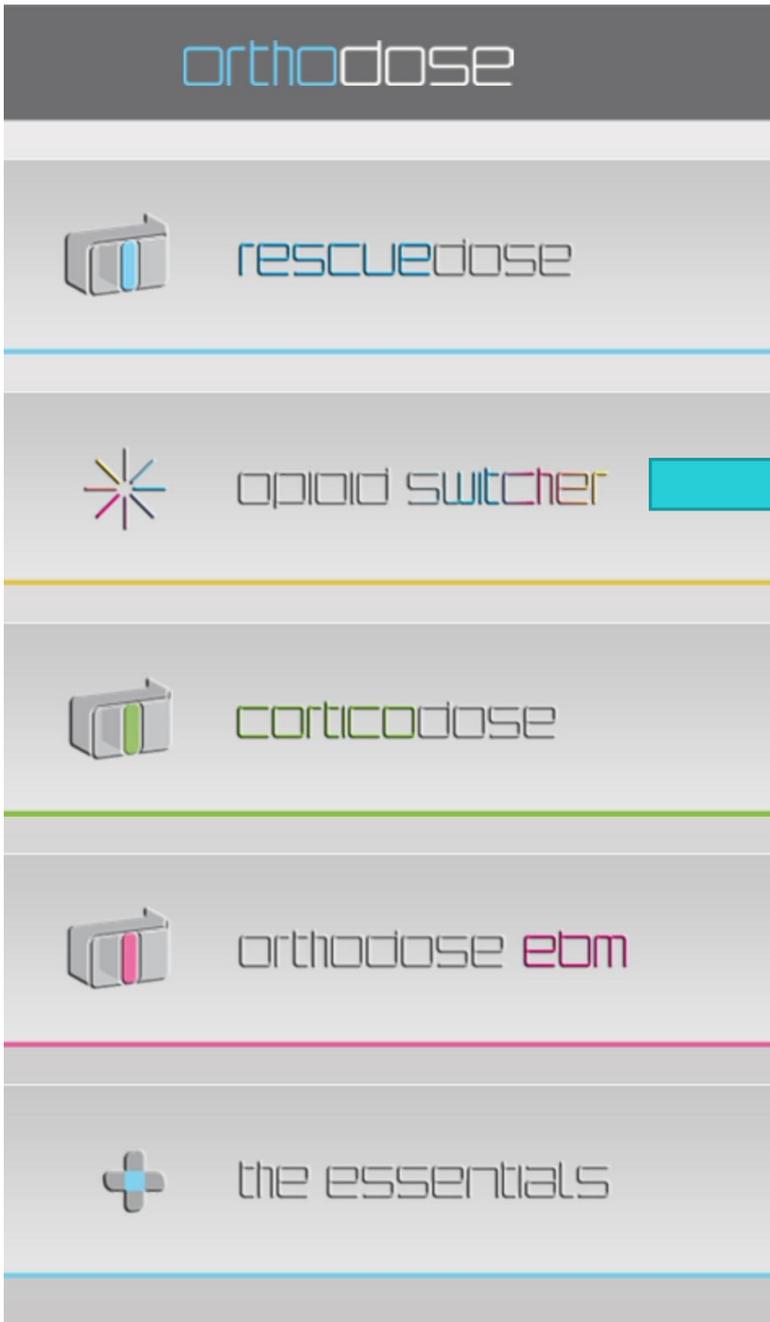


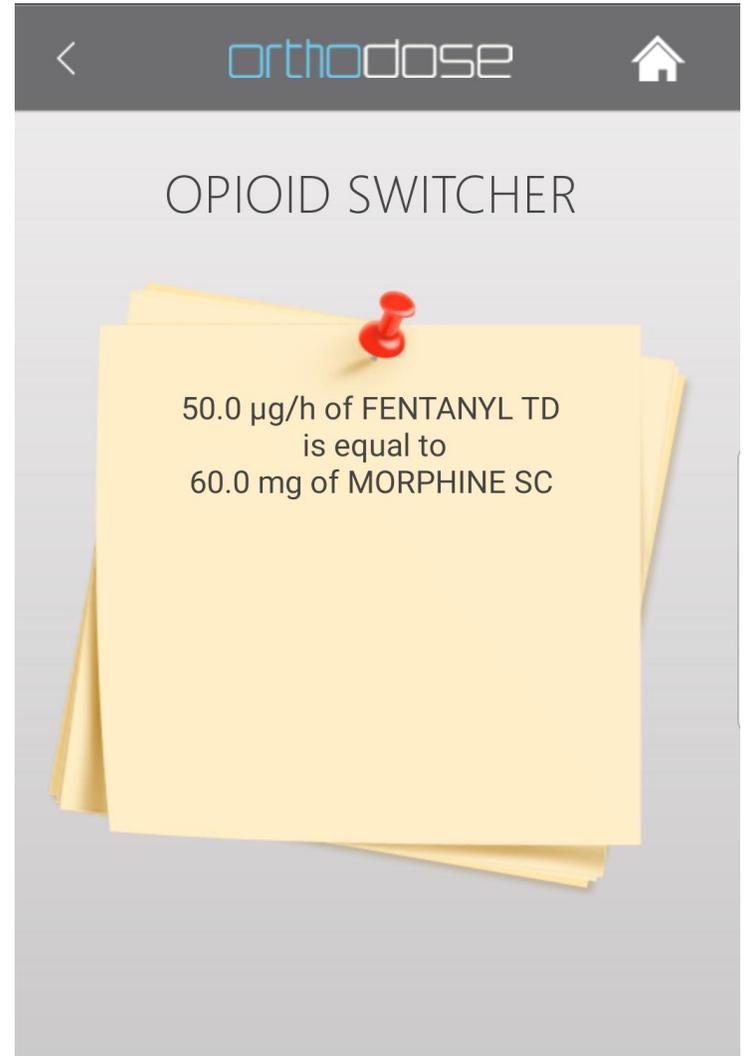
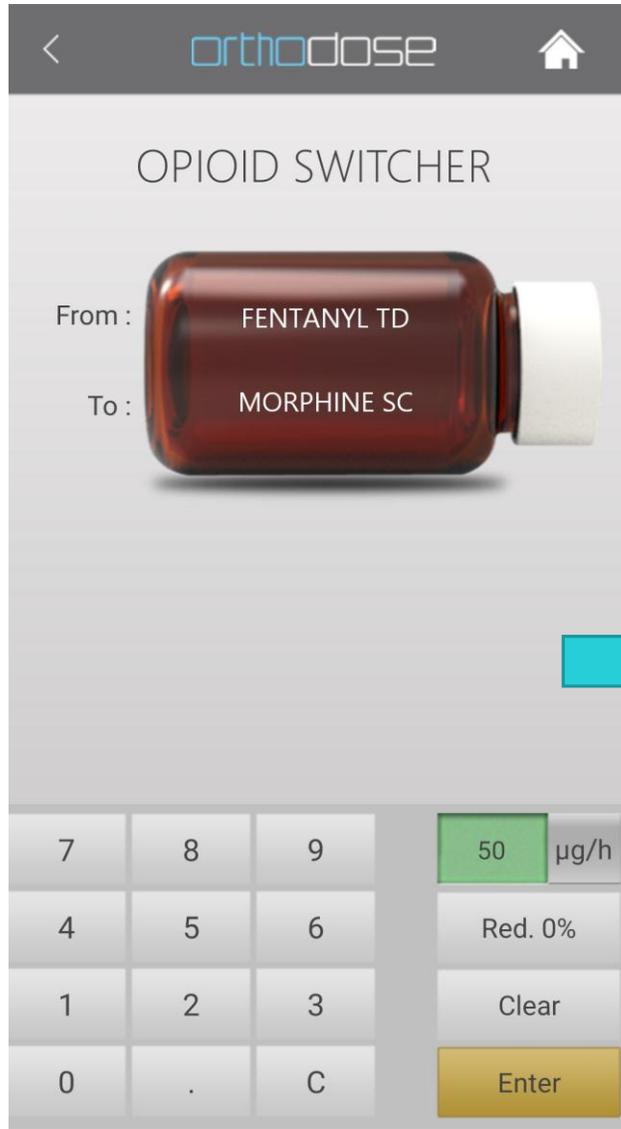
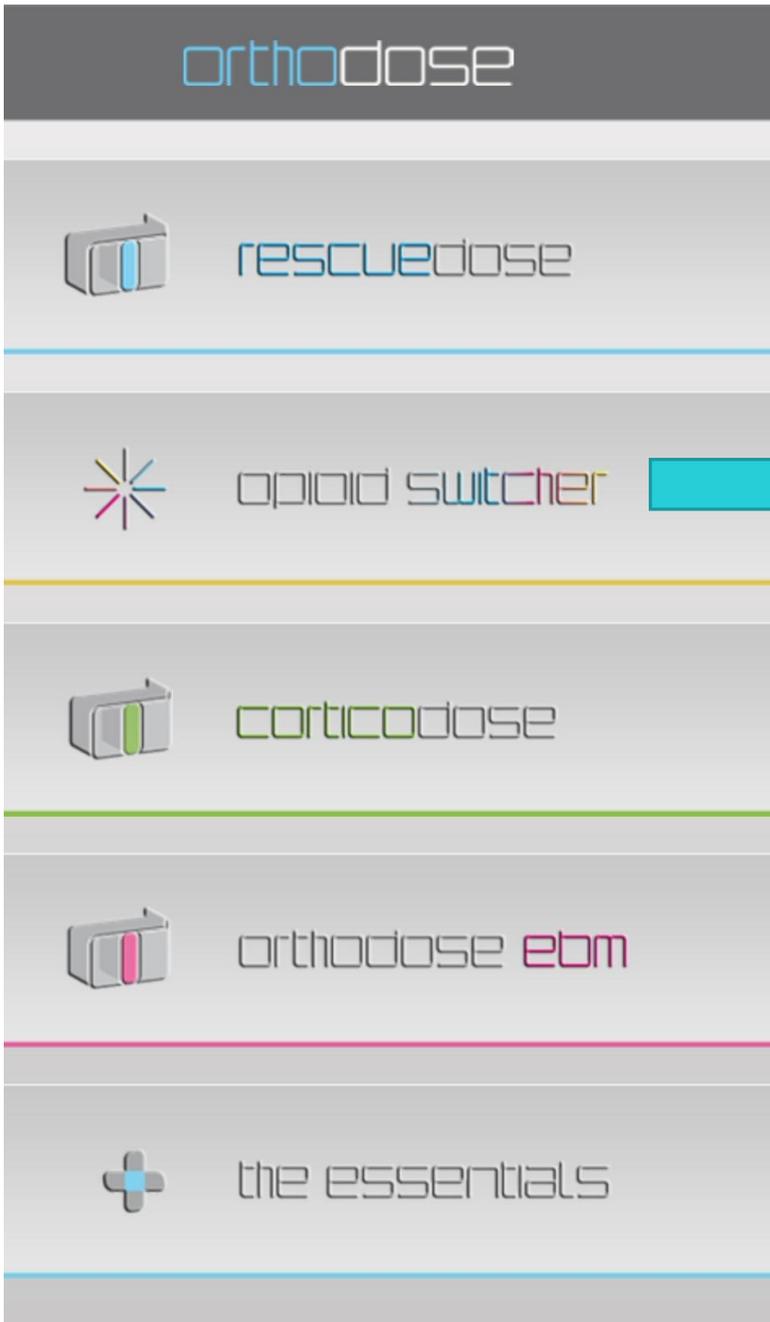
orthodose ebm

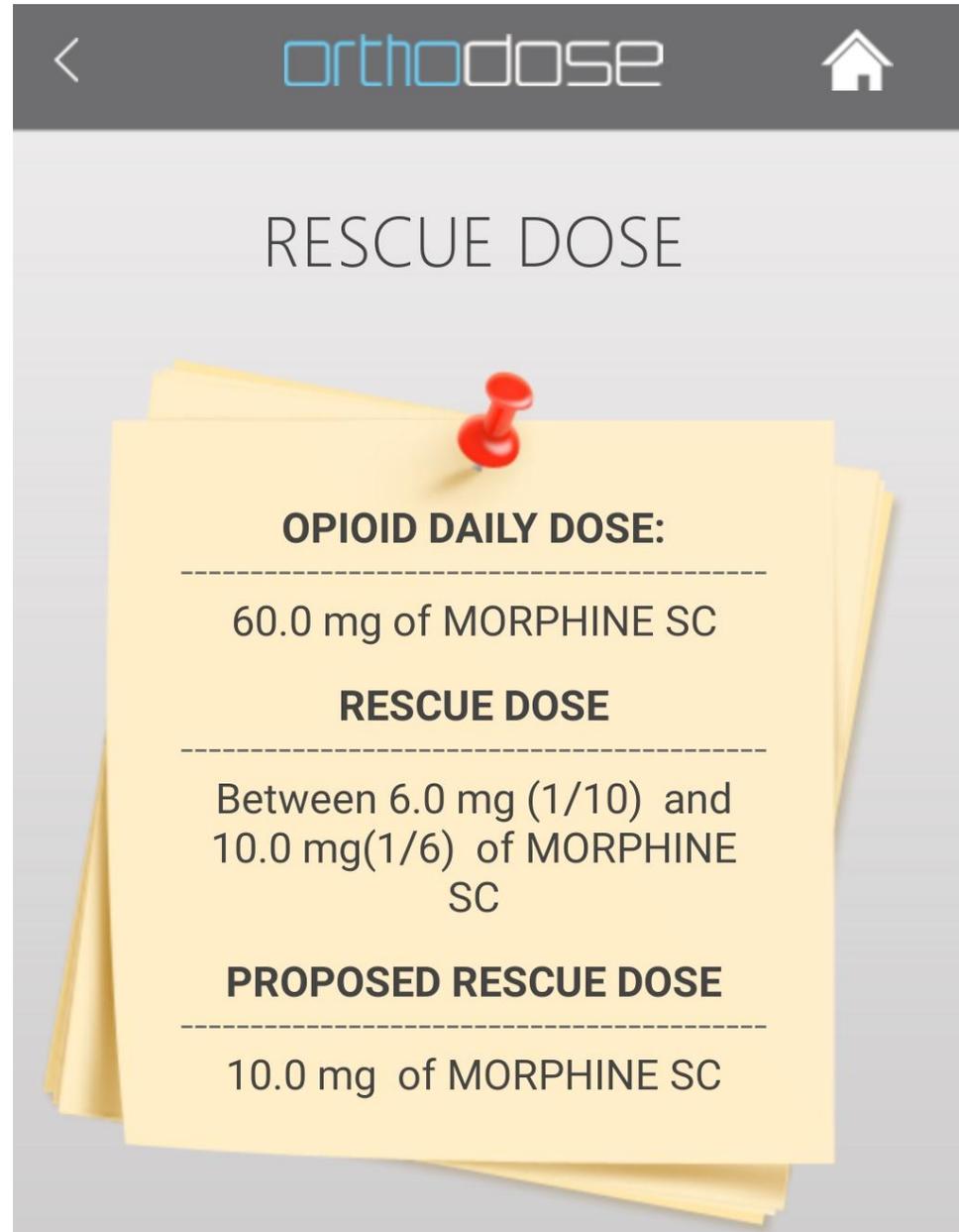
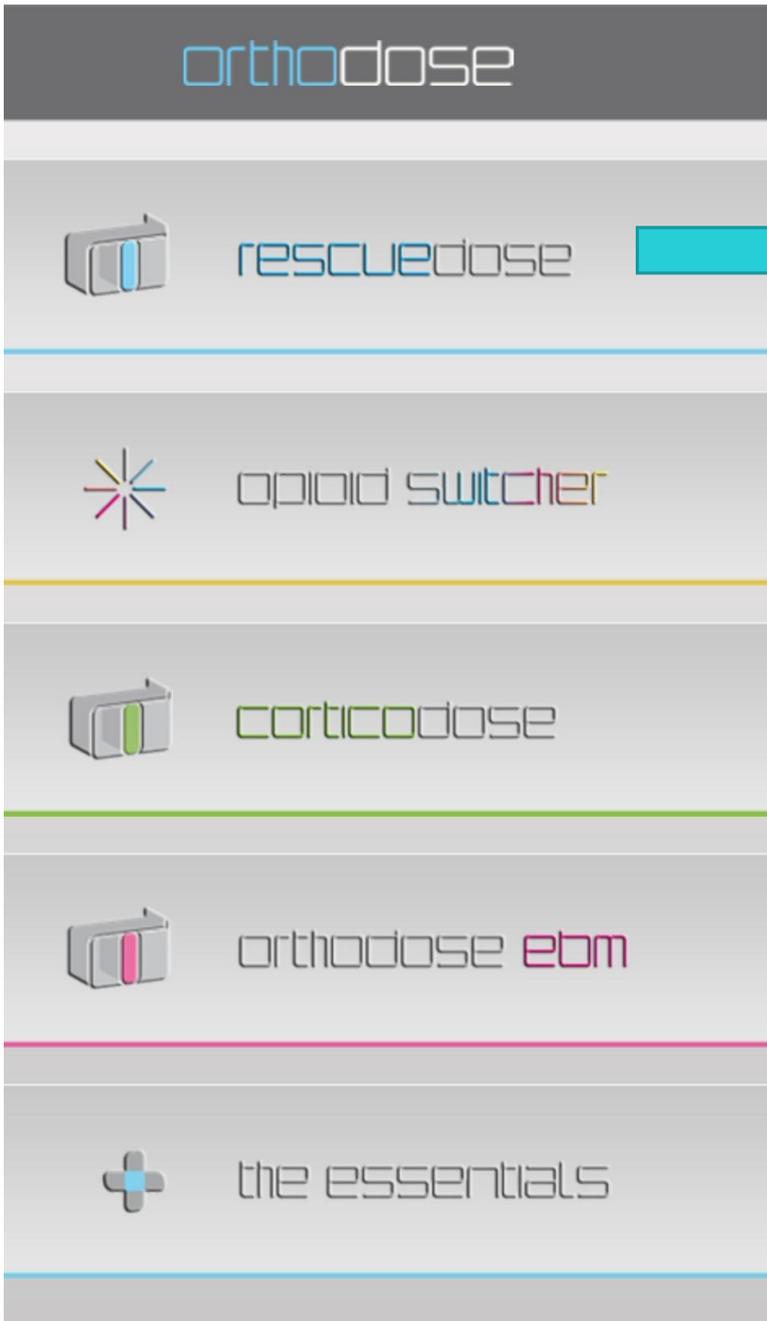


the essentials

App: **ORTHODOSE**







Equivalencia aproximada entre opioides

Fármaco	Dosis equivalente aproximada en mg	Factor de conversión aproximado
Morfina oral	30 mg	1
Morfina SC	15 mg	2:1
Morfina IV	10 mg	3:1
Oxicodona	15 mg	2:1
Metadona	Variable	Variable
Hidromorfona	6 mg	5:1
Codeína	300 – 360 mg	1:10 a 1:12
Tramadol	300 mg	1:10
Fentanilo TD	15 µg/h	2:1 a 2,4 :1
Buprenorfina TD	17 µg /h	1,7:1

El factor de conversión se expresa como fracción con respecto a morfina oral o en mg respecto a la dosis de 30 mg de morfina oral. Los factores de conversión y dosis equivalentes son sólo orientativos, por lo que es necesario monitorizar la respuesta al pasar de un opioide a otro.

Conversión morfina oral a metadona oral	Ratio
Morfina 30-90 mg/d	: 4
Morfina 90-300 mg/d	: 8
Morfina >300 mg/d	: 12

Tabla 3.11 *Tablas rotacion opioide (ROP-ICO).*

Morfina oral /4h(mg)	Morfina oral /24h(mg)	DE* VO (mg)	Morfina sc /4h(mg)	DE sc(mg)	Morfina ev /24h(mg)	DE ev (mg)	0
5	30	5	15	3	10	2	
10	60	10	30	5	20	3	
15	90	15	45	8	30	5	
20	120	20	60	10	40	7	
30	180	30	90	15	60	10	
45	270	45	135	23	90	15	
60	360	60	180	30	120	20	
90	540	90	270	45	180	30	
120	740	120	370	62	247	41	
160	960	160	480	80	320	53	

Muy importante: Las dosis están basadas en los datos de la literatura.

Siempre individualice en base a la situación clínica del paciente y priorice la seguridad a la eficacia.

*DE= Dosis Extra

** Puede rescatar Fentanilo Transmu

10. CONCLUSIONES

- **Enfermedad terminal + síntomas refractarios** → aliviar sufrimiento mediante reducción del nivel de conciencia.
- Necesidad de **cuidadores**.
- **Coordinación y seguimiento** → plan actuación en esiap y domicilio.
- Vía **subcutánea**.
- Administración en **bolos** e infusión continua.
- Combinación más frecuente: **cloruro mórfico + midazolam + N-butil de hioscina**.
- Cloruro mórfico tener en cuenta si uso de **opioide previo**.

11. BIBLIOGRAFÍA

- Porta J, Gómez-Batiste X, Tuca A. Manual control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. 3ª edición
- Meléndez Gracia A. Módulo 3. Sedación paliativa, agonía y urgencias. Cuidados Paliativos en Atención Primaria. 2ª edición, semFyC.
- Blanquer Gregori J. Módulo 4. Vía subcutánea. Cuidados Paliativos en Atención Primaria. 2ª edición, semFyC.

