

# Guía de sedación paliativa



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD



Edita: © Instituto Nacional de Gestión Sanitaria

Subdirección General de Gestión Económica y Recursos Humanos  
Servicio de Recursos Documentales y Apoyo Institucional  
Alcalá, 56 28014 Madrid

NIPO en línea: 135-22-004-0

NIPO en papel: 135-22-003-5

DL M 12397-2022

Colección Editorial de Publicaciones del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria: 2.106

Catálogo de Publicaciones de la Administración General del Estado:  
<https://cpage.mpr.gob.es>

En esta publicación se ha utilizado papel reciclado libre de cloro de acuerdo con los criterios medioambientales de la contratación pública.

Diseño y maquetación: Komuso

Imprime: Advantia Comunicación Gráfica, S.A.

# Guía de sedación paliativa

---

Dirección Territorial de Ceuta



Autores:

**Equipo de Soporte en Atención Domiciliaria (ESAD)**

**Pérez de Miguel, Juan Gabriel.** Médico

**Utor Ponce, Luis.** DUE

**Gatón Martínez, Luisa.** Psicóloga

# Índice

---

|  |    |
|--|----|
| Introducción   | 7  |
| 1. Definiciones  | 8  |
| 2. Indicaciones de la sedación paliativa                   | 10 |
| 3. Recomendaciones para la sedación paliativa domiciliaria | 11 |
| 4. Procedimiento   | 12 |
| 5. Pautas más habituales                                   | 13 |
| 6. Esquema práctico  | 15 |
| 7. Sedación paliativa en pediatría                         | 16 |
| 8. Recomendaciones prácticas                               | 17 |
| 9. Medidas de confort                                      | 19 |
| 10. Anexos   | 20 |
| Bibliografía   | 22 |



## Introducción

La necesidad de disponer de un protocolo consensuado sobre el proceder médico ante la situación de sufrimiento al final de la vida, ha llevado a las distintas organizaciones sanitarias a elaborar, en el mejor de los casos, distintos documentos que sirviesen de referencia a los profesionales implicados en la atención del paciente en situación terminal.

En octubre de 2011, la Organización Médica Colegial (OMC) y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) publican de forma conjunta una Guía de Sedación Paliativa que pretende constituirse en marco de referencia para la elaboración de protocolos de actuación ante la necesidad de sedación paliativa en el paciente terminal.

El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), siguiendo las directrices del recién publicado Plan Integral de Cuidados Paliativos para las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, actualiza de esta forma el anterior protocolo de sedación paliativa en la agonía, en la confianza de su utilidad y respaldo a la actuación de todos aquellos profesionales que, de forma directa o indirecta, se vean involucrados en la atención paliativa del paciente en situación terminal.

## La Medicina paliativa

Comenzó a desarrollarse en el Reino Unido en la década de los sesenta y en España en la de los ochenta. Se trata, por lo tanto, de un área asistencial cuyo desarrollo científico es muy joven.

A pesar de ello se han hecho avances importantes en todos los sentidos. Se ha incrementado notablemente, sobre todo estos últimos años, el número de recursos específicos, la capacitación de profesionales y también la investigación.

Se ha avanzado mucho en el control de los síntomas, aspecto clave en Medicina Paliativa y han aparecido nuevos fármacos, sobre todo analgésicos, que facilitan mucho el alivio final de la vida. Sin embargo, todavía hay algunos enfermos que, a pesar de todo, tienen en algún momento de la evolución de su enfermedad (oncológica o no), uno o más síntomas refractarios al tratamiento que le provocan un sufrimiento insoportable<sup>1</sup>.

La necesidad de disminuir la conciencia de un enfermo en las horas anteriores de su muerte ha sido y es aún en muchas ocasiones objeto de controversia en sus aspectos clínicos, éticos, legales y religiosos. Además, quienes no conocen las indicaciones y la técnica de la sedación o carecen de experiencia en medicina paliativa, pueden confundirla con una forma encubierta de eutanasia.

Por este motivo, la OMC y la SECPAL han elaborado un documento de consenso que pueda servir de guía para una buena praxis y para la correcta aplicación de la sedación paliativa.

---

1 La necesidad de sedación paliativa se puede estimar en torno al 20 % de los pacientes atendidos por unidades de cuidados paliativos, aunque el rango en la bibliografía presenta amplias variaciones.

# 1. Definiciones

## Los Cuidados paliativos

Son el conjunto coordinado de intervenciones sanitarias dirigidas, desde un enfoque integral, a la promoción de la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, afrontando los problemas asociados con una enfermedad terminal mediante la prevención y el alivio del sufrimiento así como la identificación, valoración y tratamiento del dolor, y otros síntomas físicos y psicosociales.

## La Sedación paliativa

Es la disminución deliberada del nivel de conciencia de un enfermo mediante la administración de fármacos apropiados con el objetivo de evitar un sufrimiento intenso causado por uno o más síntomas refractarios. Puede ser continua o intermitente y su profundidad se gradúa buscando el nivel de sedación mínimo que logre el objetivo sintomático (*Anexo I, tabla1*).

## La Sedación paliativa en la agonía

Es la sedación paliativa que se utiliza cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida para aliviar un sufrimiento intenso. En esta situación la sedación es continua y tan profunda como sea necesario para aliviar dicho sufrimiento.

## La Situación de agonía

Es la que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico de vida limitado a horas o días. Se recomienda identificar y registrar en la historia clínica los signos y síntomas propios de esta fase. Puede ser de utilidad la **Escala de Menten** (2004)<sup>2</sup>.

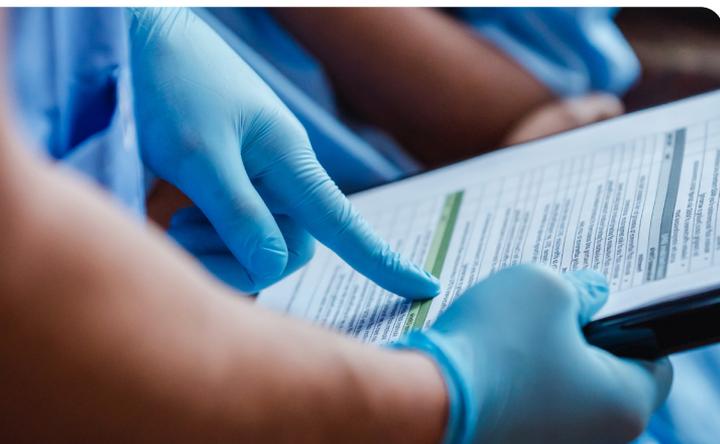
- Nariz fría o pálida
- Extremidades frías
- Livideces
- Labios cianóticos
- Estertores de agonía
- Pausas de apnea (>15 s/min)
- Anuria (< 300 ml/24 h)
- Somnolencia (>15 h sueño/24 h)

## Enfermedad incurable avanzada

Enfermedad de curso gradual y progresivo, sin respuesta a los tratamientos curativos disponibles, que evolucionará hacia la muerte en corto o medio plazo en un contexto de fragilidad y pérdida de autonomía progresivas. Se acompaña de síntomas múltiples y provoca un gran impacto emocional en el enfermo, sus familiares y en el propio equipo terapéutico.

---

<sup>2</sup> La presencia de más de 4 signos predice el éxitus en el plazo de 4 días. No obstante, alrededor de un 8 % de los pacientes fallecen "sin avisar".



## Enfermedad o situación terminal

Enfermedad incurable, avanzada e irreversible, con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses.

## Síntoma refractario

Aquel que no puede ser adecuadamente controlado con los tratamientos disponibles, aplicados por médicos expertos, en un plazo de tiempo razonable (y en la fase agónica, breve). En estos casos, el alivio del sufrimiento del enfermo requiere la disminución de la conciencia<sup>3</sup>.

## Síntoma difícil

Se refiere a un síntoma que para su adecuado control precisa de una intervención terapéutica intensiva, más allá de los medios habituales, tanto desde el punto de vista farmacológico como instrumental y/o psicológico.

A la hora de tomar decisiones terapéuticas que contemplan la sedación paliativa, es esencial diferenciar el síntoma difícil del síntoma refractario.

## Consentimiento informado

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, lo define en su artículo 3 como *“la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”*.

La autonomía es un derecho de los enfermos que el médico debe respetar. Evitar el paternalismo tradicional no debe conducir al abandono del paciente en la toma de decisiones, que ha de realizarse en el contexto de una relación clínica cooperativa.

No debemos olvidar que el derecho del enfermo a recibir información clara y comprensible de su situación tiene excepciones, como por ejemplo, cuando el enfermo renuncia al derecho de ser informado o cuando el médico, dadas las circunstancias personales del paciente, considera que le puede hacer más daño que beneficio. No tener en cuenta estos aspectos puede conducir a la “obstinación informativa”, altamente indeseable por el daño que puede ocasionar.

En las situaciones al final de la vida no se recomienda, sin embargo, la firma de ningún documento de consentimiento a la sedación paliativa, aunque es preceptivo que el proceso de toma de decisiones figure con el máximo detalle en la historia clínica del paciente.

---

3 No debe ser confundido con el **síntoma difícil**. Si la situación clínica del paciente lo permite, el síntoma difícil debe ser abordado de forma multidisciplinar y con todos aquellos recursos que razonablemente se puedan emplear, y sólo en el caso de que el síntoma persista a pesar de dichos esfuerzos, podrá ser categorizado como síntoma refractario.

## 2. Indicaciones de la sedación paliativa

La necesidad de sedar a un enfermo en fase terminal obliga al médico a evaluar los tratamientos previamente recibidos. No es aceptable la sedación ante síntomas difíciles de controlar, cuando éstos no han demostrado su condición de refractarios.

Las **indicaciones** más frecuentes de sedación son las situaciones extremas de delirium hiperactivo, náuseas/vómitos, disnea, dolor, hemorragia masiva y ansiedad o pánico, siempre que no hayan respondido a los tratamientos indicados y aplicados correctamente durante un tiempo razonable.

La sedación no ha de instaurarse para aliviar la carga laboral o la angustia de las personas que lo atienden. La aplicación de **sedación paliativa** exige del médico la comprobación cierta y consolidada de las siguientes circunstancias:

- Que existe un sufrimiento intenso causado por síntomas refractarios.
- Que el enfermo o, en su defecto la familia, ha otorgado el adecuado consentimiento informado.
- Que el enfermo ha podido satisfacer sus necesidades familiares, sociales y espirituales.

En el caso de la **sedación en la agonía** se requiere, además, que los datos clínicos indiquen una situación de muerte inminente o muy próxima.

Ante la duda, deberá solicitarse el parecer de un colega experimentado. Además, el médico dejará constancia razonada

de esa conclusión en la historia clínica, especificando la naturaleza e intensidad de los síntomas y las medidas que empleó para aliviarlos (fármacos, dosis, recursos materiales y humanos utilizados).

Como en cualquier otro tratamiento, se debe realizar una evaluación continua del nivel de sedación en el que se encuentra y necesita el enfermo, recomendándose la **Escala de Ramsay** (Anexo I, tabla 2).

Es un deber deontológico abordar con decisión la sedación en la agonía, incluso cuando de ese tratamiento pudiera derivar, como efecto secundario, una anticipación de la muerte<sup>4,5</sup>.

La sedación paliativa no descarga al médico de su deber de continuidad de los cuidados. Aunque pueda durar más de lo previsto, no pueden suspenderse los cuidados básicos e higiénicos exigidos por la dignidad del moribundo, por el cuidado y el aseo del cuerpo. Igualmente, es necesario transmitir a la familia que el enfermo debidamente sedado no sufre.



4 Art.27.1 del Código de Ética y Deontología Médica.

5 Existen pruebas de que una sedación bien indicada y llevada a cabo, no acorta la vida: Morita T, Inoue S, Chilara S. Effects of high doses opioids and sedatives on survival in terminally ill cancer patients. J. Pain Symptom Manage. 2001;21(4):282-289.

### 3. Recomendaciones para la sedación paliativa domiciliaria



- Se utilizarán, en la medida de lo posible, dispositivos de **infusión subcutánea continua (ICSC)** que garanticen una base de sedoanalgesia apropiada.



- **Se instruirá al cuidador principal** para la administración de rescates, comprobando preferentemente in situ su capacidad para ello. Se proporcionará el material y los fármacos necesarios, dejando un número determinado de ampollas o dosis ya precargadas.



- Se realizará un **seguimiento diario**: nivel de sedación, dosis de rescate utilizadas, dificultades técnicas o aparición de nuevos síntomas.



- Se facilitarán los **teléfonos de contacto** del Centro de Salud, del Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos Domiciliario (ESAD) y de los dispositivos de urgencias, canalizados habitualmente a través del servicio del 061 en nuestra ciudad.



- Se redactará un **informe médico** que facilite la intervención de los profesionales de los servicios de urgencias, dejando constancia del diagnóstico de base, su situación de terminalidad, seguimiento o no por el ESAD, la fecha de inducción de la sedación, el síntoma refractario causante y el procedimiento farmacológico a seguir.



- En el caso de que sea previsible una **muerte cercana**, en pocas horas o días, se deberá hablar con los familiares sobre los posibles síntomas y signos que puedan aparecer, tranquilizándoles y ofreciéndoles soluciones para el cuidado final del paciente. Asimismo, se les deberá ofrecer instrucciones y consejos sobre cómo actuar en caso de fallecimiento (documentación a mano, teléfonos de contacto, etc.)<sup>6</sup>

---

6 Una buena opción es hacerles entrega de un ejemplar de la "Guía de Orientación a la Familia y Personas Cuidadoras. Situación de últimos días", redactada por el equipo de cuidados paliativos (ESAD) y publicada por el INGESA, en la que se detallan una serie de consejos prácticos dirigidos a mantener el máximo confort físico, emocional y espiritual del paciente en esta fase final de la enfermedad.

## 4. Procedimiento

Es recomendable que la sedación se realice en el lugar en que está siendo atendido el enfermo, ya sea el hospital o el domicilio, y que sea aplicada por su médico. En el caso de que éste no se considere capacitado para ello, solicitará la ayuda de un equipo de cuidados paliativos o de un médico con la suficiente experiencia para ello.

### Indicación

Situación preagónica/agónica, definida por la Escala de Menten con síntoma refractario. Las causas más frecuentes son el delirium, la disnea, la ansiedad/pánico, el dolor y la hemorragia.

### Consentimiento

Bien del paciente, bien de la familia. El consentimiento verbal es suficiente, pero debe constar en la historia clínica y hacerse en presencia de testigos (Anexo II).

### Nivel de consciencia

Disminuir el nivel de consciencia lo necesario para garantizar el confort del paciente, evaluando mediante la Escala de Ramsay-ICO (Anexo I, tabla 2).

### Recomendaciones generales

- **Elección del fármaco y la vía:** son, por este orden, benzodiazepinas como el midazolam (Dormicum®), neurolépticos sedativos como la clorpromazina ev (Largactil®) o la levomepromazina sc (Sinogan®), los anticonvulsivantes (fenobarbital im o sc) y los anestésicos (propofol ev). Se utilizará preferentemente la vía sc.
- La **dosis de inducción:** la que nos proporciona el nivel de sedación necesario para controlar el síntoma. La **dosis de rescate**, se utilizará en caso de reagudización del síntoma, y equivale a la dosis de inducción (1/6 de la dosis total diaria si es midazolam (Dormicum®)).
- **Realizar ajustes cada 24 horas**, sumando los rescates administrados a la nueva dosis total diaria.
- **El fármaco de elección** es el midazolam (Dormicum®) salvo en delirium refractario, en los que el fármaco de elección es la levomepromazina (Sinogan®), sola o combinada con midazolam.
- **Si no hay una respuesta adecuada**, deberemos descartar la presencia de situaciones como obstrucción de víscera hueca, globo vesical, fecaloma, etc. Si aún así no se logra el nivel de sedación necesario, deberá recurrirse a fármacos como el Fenobarbital o el Propofol (éste último de uso exclusivamente intravenoso).

## 5. Pautas más habituales

### Sedación con midazolam (Dormicum)

Posee una potencia 2-3 veces superior a diazepam. Su inicio de acción es rápido (10-15 min vía sc/5 min vía ev), con una vida media de 2-5 h. La dosis de inducción (DI) es la dosis necesaria para conseguir un nivel adecuado de sedación (razonable un Ramsay 2-3). La dosis de rescate (DR) coincidirá con la de inducción, y la dosis diaria será la suma de las dosis necesarias para mantener la sedación las 24 h. La dosis máxima diaria es de 160 mg/día y se corresponde con la dosis-techo, a partir de la cual pueden producirse reacciones paradójicas. La presentación más adecuada para uso sc es la de 3 ml (15 mg).

En la siguiente tabla, se expone un ejemplo práctico, **basado en una dosis de inducción de 5 ó 5-10 mg**, en función de la toma previa o no de benzodiazepinas (BZD). En caso de dosis de inducción mayores, deberán reajustarse lógicamente tanto las DR como la dosis total diaria.

| VÍA SUBCUTÁNEA        | No toma previa de BDZ | Toma previa de BDZ          |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|
| Dosis de inducción    | 5 mg                  | 5-10 mg                     |
| Dosis de ICSC (*)     | 1,2 mg/h (30 mg/24 h) | 1,2-2,4mg/h (30-60 mg/24 h) |
| Dosis de rescate (DR) | 5 mg                  | 5-10 mg                     |

(\*) Infusión subcutánea continua /24 h.

En el caso de la vía endovenosa, y **basándonos en una dosis de inducción de 3 ó 4,5-6 mg**, en función de la toma o no de benzodiazepinas (BDZ), se procederá de forma similar:

| VÍA ENDOVENOSA        | No toma previa de BDZ | Toma previa de BDZ           |
|-----------------------|-----------------------|------------------------------|
| Dosis de inducción    | 3mg                   | 4,5-6 mg                     |
| Dosis de ICSC (*)     | 0,75 mg/h (18 mg/24)  | 0,7-1,5 mg/h (18-36 mg/24 h) |
| Dosis de rescate (DR) | 3 mg                  | 4,5-6 mg                     |

(\*) Infusión subcutánea continua /24 h.

Tras 24 h de inducción, se calcula la dosis de infusión continua sumando todas las dosis administradas en las últimas 24 h. Las dosis extra de rescate serán de, aproximadamente, 1/6 de la dosis total diaria, y se podrán seguir utilizando durante todo el procedimiento de la sedación.

**Recuérdese:** la sedación debe realizarse siempre con fármacos sedantes. Aunque en la sedación paliativa pueda ser factible e incluso aconsejable la combinación de varios fármacos, el uso exclusivo del cloruro mórfico como sedante es una mala praxis médica.

## Sedación con levomepromacina (Sinogan) por vía subcutánea

Si el paciente está bajo intento de sedación previa con midazolam, debe reducirse la dosis de este fármaco un 50 % el día de la inducción con levomepromacina, intentando rebajar la dosis de midazolam en los días posteriores, según sea la respuesta clínica.

Se calcula la dosis de inducción de forma similar al midazolam, con dosis iniciales de 12,5-25 mg, aunque utilizando mayor intervalo de tiempo (6-8 horas) dado que su vida media es mayor (15-30 horas). La dosis diaria de infusión continua será la suma de las dosis administradas en las primeras 24 horas (habitualmente unos 100 mg/día).

## Sedación con clorpromacina (Largactil) por vía endovenosa

Se calcula la dosis de inducción también de forma similar al midazolam, con dosis iniciales de 12,5-25 mg, utilizando intervalos de 6-8 horas. La dosis de mantenimiento suele ser de 12,5-50 mg cada 6-8 horas, con una dosis techo de 300 mg/día.

## Sedación con fenobarbital

Se suspenderá previamente el tratamiento con benzodiacepinas y neurolépticos, y se reducirá el opioide a menos de la mitad. Por vía sc ó ev, la dosis de inducción es de 100 mg y esperar unas 2 horas a que alcance su concentración máxima. La dosis total suele ser de 600 mg en el primer día, en perfusión sc continua, ajustando posteriormente hasta alcanzar una sedación adecuada. Por vía ev, la dosis de inducción es de 2 mg/kg (lenta) y la dosis de mantenimiento de 1 mg/kg/h.

## Sedación con propofol

Vía ev exclusiva. Inducción: 1mg/kg ev/2-3 min hasta sedación. Mantenimiento: 2 mg/kg/h ev.

## Uso de otros fármacos durante la sedación<sup>(7)</sup>

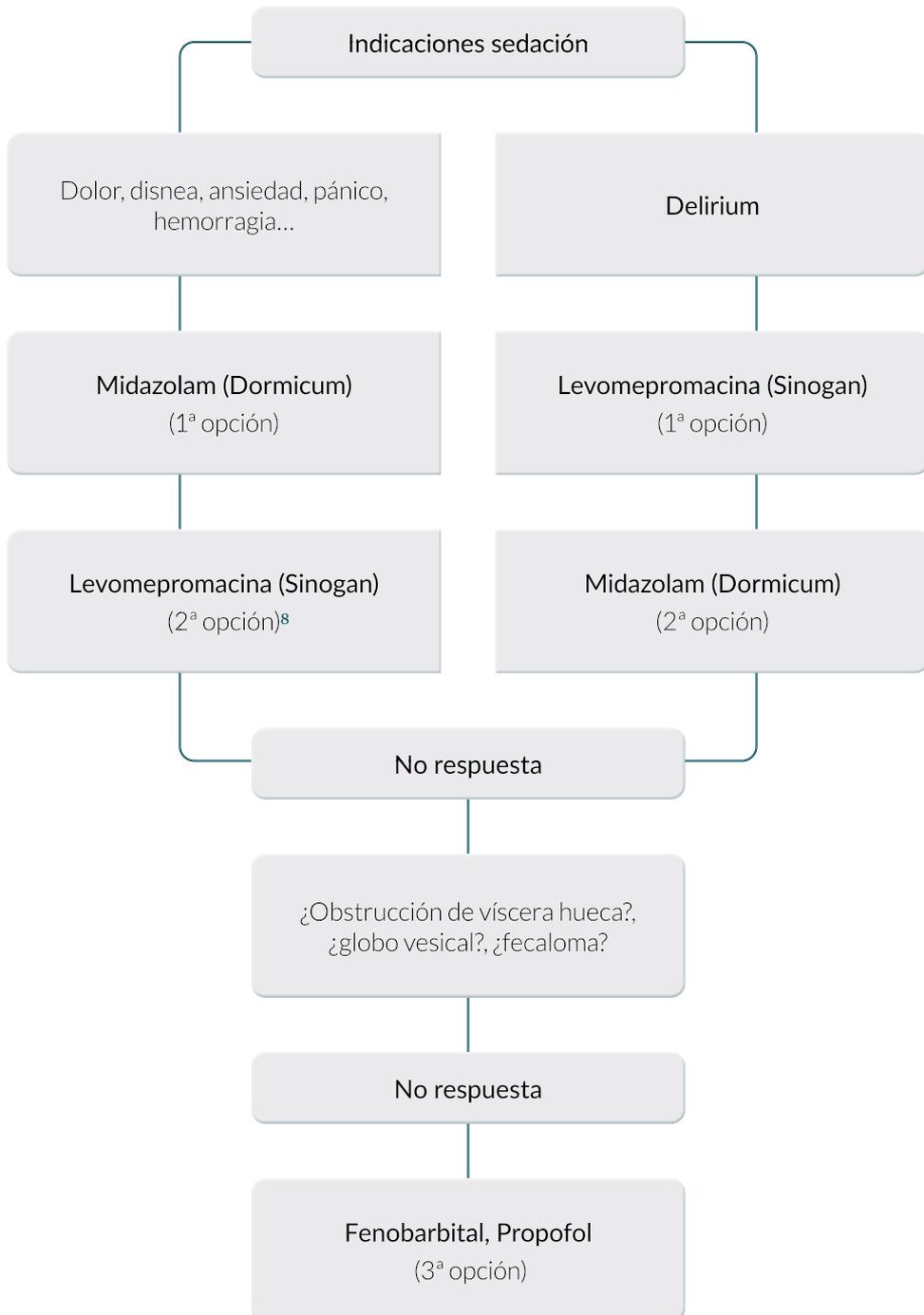
|                     | Haloperidol                        | Cloruro mórfico                   | Hioscina (Buscapina)                                      |
|---------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---|
| <b>Bolos sc</b>     | 2,5 mg (1/2 amp.)/6 h              | (D. oral diaria/2)/6 h            | 20 mg (1 amp.)/8 h  |
| <b>ICSC(*)</b>      | 5-10 mg (1-2 amp.)/24 h            | (D. oral diaria/2)/24 h           | 120 mg (6 amp.)/24 h                                      |
| <b>Indicaciones</b> | Delirium, agitación, alucinaciones | Dolor moderado o intenso. Disnea. | Esteriores. Anti-secretor, antiespasmódico y antiemético. |

(\*) Infusión subcutánea continua /24 h.

7 Las **combinaciones** más utilizadas son:

- Midazolam + Morfina + Hioscina
- Halopridol + Morfina + Hioscina
- Levomepromacina + Morfina + Hioscina

## 6. Esquema práctico



8 En caso de fallo del midazolam, éste debe reducirse al 50 % en las primeras 24 horas para evitar la privación, y continuar posteriormente según respuesta

## 7. Sedación paliativa en pediatría

Al igual que en el caso de los adultos, debe emplearse la asociación de una benzodiacepina de acción corta (midazolam) y un opioide potente (morfina), con el objetivo de lograr sedación y analgesia. También debe considerarse la administración antisecretora de buscapina y acudir a otras opciones como la levomepromazina o el propofol para casos refractarios.

### Pautas básicas de sedoanalgesia en pediatría

#### a. Niños < 40 Kg:

- Midazolam ev/sc: inicio 0,05-0,1 mg/Kg/dosis (máx. 5 mg/dosis) y repetir cada 5-10 min hasta control sintomático (dosis de inducción). Perfusión continua: 0,01-0,06 mg/Kg/h, dejando prescritos rescates con dosis iguales a las de inducción.

#### b. Niños > 40 Kg:

- Midazolam : inicio 2,5-5 mg/dosis.

#### c. En ambos casos:

- Morfina: 0,05 mg/Kg/dosis ev (0,07 mg/Kg/dosis sc). Infusión: 0,01-0,06 mg/Kg/h ev (0,015-0,09 mg/Kg/h sc).
- Buscapina: ev/sc 0,2 mg/Kg/dosis/8 h.

Si previamente tenía pautada sedoanalgesia, aumentar la dosis entre 30-50 % hasta lograr la sedación.

### Otras opciones

- Levomepromazina: Si delirium refractario o fallo del midazolam, en cuyo caso éste debe reducirse al 50 % en las primeras 24 h para evitar deprivación. Dosis de inducción: 6,25-12,5 mg ev (12,5-25 mg via sc).
- Propofol (ev): Si fallan midazolam y levomepromazina. Antes de usarlo, disminuir al 50% la dosis de benzodiacepinas, neurolépticos y opioides.
  - a. Dosis de carga: 2-3 mg/Kg iv lento.
  - b. Dosis de mantenimiento: 0,5-4 mg/Kg/h (ajustar según respuesta).

---

**Volumen:** En el caso de utilizar la infusión continua por vía subcutánea y para garantizar su absorción, deberá emplearse para preparar la dilución la menor cantidad posible de SF. Las pautas más habituales son de 2-5 ml/h de volumen total.

## 8. Recomendaciones prácticas

### Sobre la toma de decisiones

Una vez establecida la indicación de la sedación paliativa, es común que los familiares del paciente nos muestren dudas respecto a algunos aspectos como:

- El mantenimiento de otros tratamientos (corticoides, antibióticos).
- La continuidad de algunas técnicas (sondajes, vías parenterales).
- Algunos cuidados físicos (curas, movilización, aseo).
- Pruebas complementarias y controles de enfermería (toma de constantes, glucemias).
- Soporte básico (nutrición, hidratación).

Se deberá dar una respuesta razonada a todos estos interrogantes, procurando en la medida de lo posible el consenso y actuando siempre desde la proximidad, la empatía y el aporte de una información veraz.

### Nutrición e hidratación

Respecto del mantenimiento de la nutrición y la hidratación durante la sedación, es preciso valorar individualmente cada caso, y diferenciar claramente entre sedación paliativa y sedación paliativa en la agonía.

En la sedación paliativa, dada su reversibilidad, suele recomendarse mantener la hidratación y la nutrición, siempre y cuando éstas no se hubieran considerado como fútiles antes de ser necesaria la sedación.

En la sedación paliativa en la agonía, puede mantenerse la hidratación dado que ésta aumenta la eficacia de los medicamentos, pero no está indicada, en general, la nutrición.

### Sedación intermitente vs continua

A veces, la familia se muestra reacia al inicio de una sedación continua, bien alegando que el paciente tiene momentos de conexión física y emocional con ellos, bien por miedo ante una medida que les alejará de forma rápida y definitiva de su ser querido.

Si las circunstancias clínicas lo permiten, la sedación intermitente procuraría el bienestar del paciente y al mismo tiempo otorgaría a los familiares un tiempo (que suele ser breve) en el que adaptarse a la situación, siendo habitualmente ellos quienes solicitan finalmente la continuidad de la sedación<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Si el paciente está hospitalizado, será crucial que tanto el personal de enfermería como los demás compañeros del servicio estén al tanto de la situación. Deberá prescribirse la medicación a utilizar y subrayar que se administrará a demanda e incluyendo la posibilidad de repetir dosis en caso de que la situación clínica así lo exija.

## Sobre el proceso y su duración

Se debe explicar debidamente a la familia que la sedación es un procedimiento concebido para evitar el sufrimiento y que es la enfermedad la que marca los tiempos o, dicho de otro modo, que nos permitirá “cambiar el cómo, no el cuándo”.

Lo anterior resulta de especial importancia cuando el paciente se encuentra en domicilio y son sus propios familiares los encargados de administrarle las dosis (sedación intermitente o rescates durante la sedación continua). Debemos animarles a que administren la medicación siempre que tengan la certeza o la duda razonable de que existe un sufrimiento.

En algunas ocasiones, y principalmente en enfermos hospitalizados, la lentitud del proceso puede llevar a los familiares a una situación de estrés que les lleve a ejercer cierta presión sobre la profundidad de la sedación o las dosis de rescate proporcionadas, aludiendo a un supuesto estado de sufrimiento en el paciente que no es percibido como tal por el equipo sanitario. En estos casos se hace de nuevo imprescindible la empatía, haciendo ver que esa ansiedad obedece al sufrimiento que ellos experimentan y no al del paciente.

Durante el proceso, tanto si transcurre en el hospital como en el domicilio, se deberán tomar siempre cuantas acciones fuesen necesarias para procurar un espacio que permita la intimidad y la interacción física y emocional con los familiares, y deberá prestarse el debido apoyo psicológico por parte de un profesional experimentado.

## Sobre el procedimiento

El procedimiento exige el cumplimiento estricto de **tres requisitos fundamentales**:

1. La existencia de, al menos, un síntoma refractario, definido y constatado según se recomienda en el presente protocolo. La condición de refractariedad ha de incluir, siempre que sea posible, el consenso con otros miembros del equipo terapéutico y/o el asesoramiento de otros especialistas.
2. Obtener el consentimiento informado según las recomendaciones del presente protocolo (Anexo II). En el contexto de los Cuidados Paliativos, el consentimiento por escrito, además de difícil de obtener, se considera a veces inoportuno y nocivo.
3. Registrar debidamente en la historia clínica todos los datos relativos a la indicación, obtención del consentimiento y procedimiento farmacológico.

Cualquier actitud que influya directamente sobre el tratamiento de un enfermo terminal, debería ser adoptada por parte de quienes le atienden, quienes tienen un seguimiento mayor de ese paciente, lo hayan valorado con más frecuencia en los últimos días y tengan más experiencia en esa patología. No es extraño que todas esas características recaigan en esas mismas personas.

---

**Supervivencia tras la sedación:** en los estudios clínicos realizados no existe diferencia de supervivencia entre los pacientes que precisaron sedación y los que no la requirieron. La necesidad de sedación es más un indicador de muerte inminente que la causa de una muerte prematura.

## 9. Medidas de confort

- Evitar **maniobras molestas** y de dudosa eficacia (enemas, tacto rectal).
- **Higiene corporal** mínima. Cambiar sábanas, empapadores y pañales sólo cuando estén manchados.
- Si está **encamado**, no serán precisos los cambios posturales.
- Tratar la **sequedad de boca** (pulverizar agua, lavar con agua y manzanilla, usar preparados comerciales del tipo Xerostom spray o similares).
- En **úlceras** por presión o tumores ulcerados, cambiar apósitos si están sucios y, sobre todo, si hay mal olor por infección.
- La aspiración de **secreciones** no suele estar justificada. Podemos utilizar Hioscina por vía sc, además de explicar a la familia que el ruido producido es más molesto para ellos que para el paciente.
- Las compresas frías para la **hipertermia** molestan al paciente. Valorar su grado de utilidad real.
- Una **movilización** frecuente para el cambio de pañales por incontinencia urinaria es más molesta que un sondaje vesical.
- Si el paciente está agitado y en anuria, deberá sospecharse la presencia de un **globo vesical**.
- El uso de **barandillas** obstaculiza el contacto estrecho del enfermo con la familia.
- La información continua y comprensible a la familia, además del apoyo psicológico, son trascendentales para que puedan afrontar adecuadamente el intenso estrés emocional de la situación agónica.



## 10. Anexos

### Anexo I. Sedación

**Tabla 1. Clasificación de los distintos tipos de sedación**

1. Según el objetivo:
  - \* **Primaria:** es la disminución de la conciencia de un paciente que se busca como finalidad de una intervención terapéutica.
  - \* **Secundaria:** la disminución de la conciencia es efecto secundario de la medicación.
2. Según la temporalidad:
  - \* **Intermitente:** es aquella que permite períodos de alerta del paciente.
  - \* **Continua:** disminución del nivel de conciencia de forma permanente.
3. Según la intensidad:
  - \* **Superficial:** permite la comunicación del paciente (verbal o no verbal).
  - \* **Profunda:** aquella que mantiene al paciente en estado de inconsciencia.

**Tabla 2. Escala de Ramsay modificada (Ramsay-ICO)**

1. Agitado, angustiado.
2. Tranquilo, orientado y colaborador.
- 3.a. Respuesta agitada a estímulos verbales.
- 3.b. Respuesta tranquila a estímulos verbales.
- 4.a. Respuesta rápida y agitada a estímulos dolorosos/presión glabellar.
- 4.b. Respuesta rápida y tranquila a estímulos dolorosos/presión glabellar.
5. Respuesta perezosa a estímulos dolorosos/presión glabellar.
6. No hay respuesta.

## Anexo II. Consentimiento informado

1. Comprobar el **grado de conocimiento** que tienen el paciente y/o la familia sobre el diagnóstico y el pronóstico del proceso.
2. Hacerlo en el contexto de una **valoración integral** de sus necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales.
3. Obtener el **consentimiento** explícito del paciente siempre que esté en condiciones de hacerlo.
4. Si es imposible o inadecuado, comprobar si tiene registrada su **Voluntad Vital Anticipada** y si ésta no se ha revocado. De no ser así, indagar si puede haber quedado su consentimiento implícito en valores o deseos manifestados previamente, y solicitar el consentimiento por representación (familiares).
5. **Registrarlo** en la historia. No es necesaria ni recomendable la formalización o rúbrica de ningún documento específico de consentimiento.
6. En situaciones urgentes excepcionales, con síntomas refractarios intensos que precisan sedación urgente, es responsabilidad del médico tomar las decisiones que atañen al bienestar del paciente, por lo que puede ser necesario el inicio de la sedación para, posteriormente, atender a la familia y solicitar el consentimiento por representación.

# Bibliografía

1. Guía de sedación paliativa. Organización Médica Colegial (OMC) y Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Madrid. 2011.
2. Sedación Paliativa, en: *Guía Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos*. Guías de práctica clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ed. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Págs. 109-113. Vitoria-Gasteiz. 2008.
3. Núñez Olarte JM, López Imedio E. *Sedación Paliativa y Terminal y Manejo de la Agonía en: Guía Rápida de Manejo Avanzado de Síntomas en el Paciente Terminal*. Ed. Panamericana. Madrid. 2007.
4. *Protocolo de Sedación Paliativa y Sedación Paliativa en la Agonía*. Área Hospitalaria Virgen Macarena de Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2008.
5. Porta Sales J. *Sedación Paliativa en: Porta J, Gómez-Batiste X Control de Síntomas en Pacientes con Cáncer Avanzado y Terminal*. Instituto Catalán de Oncología (ICO). Ed. Aran. Barcelona. 2004.
6. Baixauli Rubio A, Hernández Peris M. *Sedación en: Hernández Pérís M, Bixauli Rubio A Guía Práctica de Cuidados Paliativos en Atención Domiciliaria*. Janssen-Cilag/Sociedad Valenciana de Cuidados Paliativos. 2005.
7. Garzón Rodríguez C. Delirium en: Porta J, Gómez-batiste X, Tuca A (eds). *Manual de Control de Síntomas en Pacientes con Cáncer Avanzado y Terminal*. 2ª ed. Ed. Aran. Madrid. 2008.
8. Porta Sales J, Núñez Olarte J. Et al. Comité de Ética de la SECPAL: *Aspectos éticos de la sedación en CP: Sedación Paliativa/Sedación Terminal*. Med Pal 9 (1) 2002.
9. Rivas Flores J, Viches Aguirre Y, et al. Comité de Ética de la SECPAL. *Consentimiento informado en Cuidados Paliativos*. Med Pal (1) 2002.
10. Gonzalez-Ronquillo, MA et al. Sedación y analgesia en la fase terminal en pediatría. Informe de dos casos y revisión de la literatura. Acta Pediatr Mex 2013;34(1):21-27.

*"Aquellos que tienen la fuerza y el amor para sentarse junto a un paciente moribundo, en el silencio que va más allá de las palabras, sabrán que ese momento no asusta, ni es doloroso... ser testigo de una muerte pacífica es como observar una estrella fugaz."*

**E. Kübler-Ross**



# Dirección Territorial de Ceuta



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD

