



SEMEG

**ESQUEMA TERAPÉUTICO PARA SEDACIÓN  
PALIATIVA EN DISTRES RESPIRATORIO AGUDO  
REFRACTARIO COVID 19:  
Un documento para profesionales.**

Este es un esquema orientativo para los profesionales que se ven obligados a realizar sedación paliativa en situaciones de distress respiratorio agudo en pacientes con COVID19.

Consta de dos documentos EL PRIMERO recomendaciones en situación habitual y EL SEGUNDO en situación de desabastecimiento de midazolam como benzodiacepina de elección.

El objetivo de este documento es únicamente el de proporcionar una recomendaciones terapéuticas para el cálculo de dosis para aquellos profesionales menos familiarizados con los procedimientos de sedación paliativa por fracaso respiratorio agudo.

La SEDACIÓN PALIATIVA es el procedimiento de administración deliberada de fármacos en las dosis y combinaciones requeridas, para conseguir una disminución deliberada de la conciencia, una vez obtenido el consentimiento oportuno, y que se emplea para control sintomático en pacientes en situación de terminalidad cuya muerte se prevé próxima y que presentan un sufrimiento intolerable y refractario al tratamiento realizado en un tiempo razonable.

Se considera SÍNTOMA REFRACTARIO, aquel que no se logra controlar adecuadamente a pesar de intensos esfuerzos para hallar un tratamiento tolerable y proporcionado en un plazo de tiempo razonable sin que comprometa la conciencia del paciente.

En los pacientes con distress respiratorio secundario a afectación pulmonar severa por COVID +, con pronóstico infausto y mal control sintomático no candidatos a tratamiento en Unidades de Cuidados Intensivos, teniendo en cuenta que pueden desarrollar un cuadro clínico severo y muy rápido y fallecer en horas, puede estar indicada una sedación paliativa cuando el tratamiento ordinario se muestra insuficiente y la sintomatología, refractaria.

La sedación paliativa debe seguir siempre el principio de proporcionalidad, siendo el objetivo alcanzar un nivel de sedación suficientemente profundo como para aliviar el sufrimiento y debe ajustarse a un impecable marco clínico y ético que contemple, precisión diagnóstica y análisis detallado del

pronóstico, indicación para controlar síntoma refractario, registro sistemático documentado y explícito en la Historia Clínica del motivo de sedación y consentimiento verbal, explícito, implícito o delegado por parte del paciente o familia.

Las consideraciones éticas y clínicas relativas a la sedación paliativa se ajustarán a los Protocolos de Sedación vigentes en cada centro. El procedimiento de información a la familia y comunicación se ajustará también al Protocolo de Atención a Pacientes y Familias al final de la vida durante la pandemia por COVID-19 vigentes en cada centro y Comunidad Autónoma.

Bien entendido que la individualización de cada caso debe de regir cualquier pauta terapéutica, las pautas sugeridas servirían como orientación a los profesionales en una situación excepcional.

### **INDUCCION DE LA SEDACION PALIATIVA (LAS DOSIS EMPLEADAS SE EMPLEARÁN TAMBIEN EN LOS RESCATES)**

#### **1) SI HAY VÍA INTRAVENOSA**

**3,5 a 5 mg midazolam despacio en 2 o 3 minutos**

**+ mórfico 5 mg en bolo**

esperar entre tres y cinco minutos y repetir dosis y así cada cinco minutos hasta conseguirla

#### **2) POR VIA SC**

**7,5 a 10 mg de midazolam en bolo + 5 mg de morfina en bolo**

esperar tres minutos y repetir y así hasta conseguirlo

**PREPARACION INFUSOR PARA SEDACIÓN PALIATIVA EN DISTRES RESPIRATORIO AGUDO REFRACTARIO COVID 19** Tanto vía intravenosa como vía subcutánea en 250 cc salino (según bomba eso lo decide enfermería)

**30 mg morfina + 45 mg de midazolam + 6 ampollas de Buscapina para 24 horas (120mg) +2 amp de haloperidol (10mg)**

- Añadir **haloperidol 2 ampollas mas (10mg)** si nauseas o si al ir aumentando morfina apareciesen nauseas
- Dosis de rescate Si mal control **similares** a las dosis utilizadas para inducción por vía intravenosa o por vía subcutánea en función de la vía que tengamos disponible

- Cada vez que requiera **una dosis de rescate** implica **aumentar una ampolla de morfina (10mg) y una de midazolam (15mg) al infusor**. Si quedaran menos de seis horas de infusión prepara de nuevo el infusor con la dosis de las ampollas añadidas

### **SI MAL CONTROL:**

#### **Dosis máxima de midazolam al día 240 mg que equivale a 10 mg hora**

Tanto si nos estamos acercando a la dosis máxima de midazolam como si tenemos claro mal control (mas de dos ajustes por turno pese a modificar infusor):

Añadir levopromacina **Sinogan** (ampollas de 25mg cada ampolla de 1 mililitro)

Dosis inducción: media ampolla 12,5 o una ampolla 25 mg en bolo subcutáneo o si hay via intravenosa diluido en 50cc o 100cc de salino en 10 o 20 minutos) Como siempre la dosis de inducción es similar a la dosis de rescate.

Si hemos tenido que reforzar con Sinogan debemos de incluirlo también en la bomba de infusión continua metiendo para a 24 horas dos ampollas (50 mg) o cuatro ampollas (100 mg) en la bomba subcutánea o intravenosa.

La dosis máxima de Sinogan sería de 300 aunque es raro necesitar una dosis tan alta si lo estamos asociando a midazolam en general con 100 mg al día se controla bien pudiendo requerir algún rescate (los rescates serán similares a la inducción).

La dosis máxima de Levomepromacina es de 300 mg/24h. Si no se alcanza la sedación adecuada con esta dosis habrá que pasar a un tercer escalón con FENOBARBITAL o PROPOFOL

**REFRACTARIEDAD Y EXCEPCIONALMENTE:  
FENOBARBITAL o PROPOFOL**

Ante estas situaciones se recomienda asesorarse con profesionales de Cuidados Paliativos o Anestesia o Cuidados Intensivos. Se pueden consultar las dosis en la Guía SECPAL para Sedación.

**PROPOFOL:**

Inducción: tras 1 bolo de 1mg/kg, aproximadamente 6-7 ml (60-70mg) se obtiene una sedación correcta

Mantenimiento: 1mg/kg/hora es decir 6-7 ml/h la sedación.

Incrementar 1-2ml/hora cuando la sedación es insuficiente.

	<b>PROPOFOL</b>	<b>FENOBARBITAL</b>	
<b>PRESENTACIÓN</b>	amp 10 mg/ml	amp 200 mg/1 ml	
<b>VÍA</b>	IV	IM/SC	
<b>INDICACIÓN</b>	-Síntomas refractarios -Sedación intermitente con necesidad de recuperación rápida -Considerar en caso de no acceso a vía SC, alergia a BZD/barbitúricos, beneficio de potente antiemético	-Síntomas refractarios  -Considerar en AP de epilepsia o no acceso vía IV	
<b>PRECAUCIÓN</b>	-Alergia/hipersensibilidad (o excipiente: soja) -Riesgo de convulsiones en AP de epilepsia	-Alergia/hipersensibilidad -Inestabilidad cardio-respiratoria, aumenta broncoplejia y estertores	
<b>ANTÍDOTO</b>		Flumazenilo	
<b>INICIO</b>	-Bolos: 1-1,5 mg/Kg IV en 1-3 minutos -Rescates: 50% dosis inducción y aumentar V de infusión un 33% cada 5' hasta nivel requerido -ICIV: 3mg/Kg/hora	-Bolos 200 mg IM -Rescates 100 mg IM  -ICSC iniciar con 800 mg/24 h	
<b>ADVERTENCIAS</b>	- NO MEZCLAR CON OTROS FÁRMACOS - RETIRAR PREVIAMENTE BZD/NL - SÓLO SE PUEDE DILUIR EN SG 5% - Muy liposoluble, rápida tolerancia y necesidad de ajustes	- NO MEZCLAR CON OTROS FÁRMACOS - RETIRAR PREVIAMENTE BZD/NL	
<b>AJUSTE DE DOSIS</b>	Según evolución y rescates	Según evolución y rescates	
<b>DOSIS MÁXIMA</b>		1200 mg/día	

## **Autores:**

Dra. Concepción Jiménez Rojas. Médico especialista en Geriátría Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid. Master en Cuidados Paliativos. Magister en Bioética. Responsable U.C.P H.C.C.R. Madrid

Dr. Benito Fontecha Gómez. Jefe de Servicio de Geriátría y Cuidados Paliativos. Hospital General de L'Hospitalet y Hospital Moisès Broggi. Consorci Sanitari Integral. Barcelona.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Consejería de Sanidad. Recomendaciones de la AEMPS para la gestión de medicamentos para el manejo de pacientes con enfermedades en fase terminal o paliativa en la situación sanitaria actual 31 de marzo de 2020 Categoría: medicamentos de uso humano, COVID-19 Referencia: MUH 8/2020

2. Maltoni M, Escarpi E, Rosar M, Derni M, Fabbri L, Martini F et al. Palliative sedation in the end of life care and survival: a systematic review. *J Clin Oncol.* 2012; 30(12):1378-83.

3. Blinderman C, Billings A. Comfort care for patients dying in the hospital. *N Eng J Med.* 2015; 373:2549-256.

4. Cherry N, 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.* 2014; 50(3):1143-1154.

5. Jiménez C, Esteve A. End of life care in Acute Geriatric Units: making decisions about sedation. *World Hosp Health Serv.* 2015;51(4):29-3.

6. "Protocolo de sedación paliativa para pacientes con COVID19" del Hospital Universitario Ramón y Cajal y del Hospital Universitario Gregorio Marañón HGM . Madrid

7. Clínica Universitaria de Navarra. Versión 1.0/20.3.2020. Guías rápidas de apoyo y control sintomático en situaciones de COVID-19. Clínica Universitaria de Navarra. Versión 1.0/20.3.2020

8. SECPAL Orientaciones sobre el control sintomático de enfermos graves afectados por la enfermedad Covid 19 y que requieran Atención Paliativa o se encuentren próximos al final de la vida.

9. "Protocolo De Atención a pacientes en situación de gravedad o últimos días y éxitus en la crisis del Covid-19" Unidad De Cuidados Paliativos, Servicio de Psiquiatría, Psicología Clínica y Salud Mental. HULP. Abril 2020 .V2