



Sedación en el paciente terminal

Dra. Argelia Lara-Solares*

* Unidad de Medicina del Dolor y Paliativa
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"
México, D.F.

Definición. Se entiende por sedación terminal, la administración *deliberada* de fármacos que disminuyan el nivel de conciencia superficial o profundamente, de forma transitoria o permanente, con la intención de aliviar el sufrimiento físico y/o psicológico *inalcanzable* con otras medidas, con el *consentimiento* implícito, explícito o delegado del paciente.

Concepto. El de la sedación terminal, es un proceso que involucra intervenciones farmacológicas encaminadas a inducir o mantener un nivel de conciencia reducido, para aliviar síntomas refractarios en la enfermedad terminal. El propósito es disminuir el estado de alerta/conciencia del paciente por síntomas que causan distress. La sedación terminal no tiene como objetivo acortar la vida del enfermo, sólo disminuir su nivel de conciencia. Se debe considerar sin embargo, que el "principio del doble efecto" opera en esta situación, y hay que considerarlo en la toma de decisiones.

El debate en la sedación terminal, continúa generando controversia, sin embargo, con estricto apego a los valores bioéticos universales, en la práctica clínica hay situaciones donde es evidente la necesidad de sedación al final de la vida, cuando otras medidas han fracasado, y el paciente se encuentra en una situación límite de sufrimiento.

Principios bioéticos. Retomando los principios de No Maleficencia y Beneficencia, y a la luz de los conocimientos actuales, se debe considerar, que:

- La acción de sedar en sí misma, desde el punto de vista bioético, no es buena ni mala, es necesaria en algunas circunstancias.
- La prioridad y la intención debe ser en función del beneficio del paciente, y de una correcta toma de decisiones.
- Es tan malevolente administrar un fármaco con la idea de producir la muerte del enfermo, como no administrar un sedante y permitir que el paciente sufra innecesariamente.

Clasificación de la sedación terminal

- Sedación terminal terapéutica: «Es el uso de medicación sedante, para aliviar distress intratable y refractario mediante la reducción en la conciencia del paciente.
- Subcategorías propuestas:
 - Grado de sedación (Ligera-Profunda)
 - Duración (Reversible-Irreversible)
 - Fármacos que la inducen (Efecto primario o secundario)

Indicaciones clínicas

- Delirium agitado refractario al tratamiento con neurolépticos,
- Disnea no controlable con tratamiento máximo estándar,
- Cualquier síntoma refractario que no sea controlable pese a los mejores cuidados.
- Emergencias específicas:
 - Convulsiones (Status epilepticus),
 - Estridor agudo (Sofocación),
 - Sangrado masivo,

Preguntas que es necesario responder antes de iniciar la sedación terminal

- ¿Ha sido bien evaluada la posibilidad de haber identificado todos los factores potencialmente reversibles?
- ¿Se han hecho las interconsultas necesarias con otros especialistas?
- ¿Las técnicas no-farmacológicas han sido ensayadas y agotadas?
- ¿Las metas de la sedación han sido explicadas y discutidas con el enfermo y su familia?
- ¿Se ha llegado a un consenso como resultado de esta discusión?
- ¿Se ha considerado la posibilidad de sedación temporal?

Revisión de la literatura médica. La sedación terminal es un procedimiento que se puede considerar habitual en Cuidados Paliativos. La literatura médica, muestra una gran disparidad en la frecuencia de sedación reportada. En una revisión de la literatura de los últimos 10 años, se analizó cómo manejan la sedación diferentes grupos médicos.

Resultados. Se encontraron trece trabajos, todos descriptivos, que ofrecen información retrospectiva o prospectiva. La metodología empleada en ellos es muy heterogénea. De todos los trabajos, sólo cinco incluyen una definición de sedación terminal. Otros seis trabajos también incluyen la sedación como objeto de estudio, pero no era el principal objetivo. La frecuencia con que se usa sedación varía entre el 1 y el 52%, siendo la mediana de 25%. Las razones más frecuentemente reportadas para sedar, fueron: Disnea, Dolor y Agitación/Delirium. Son pocos los estudios que reconocen el distress psicológico como causa de sedación. No parece que la frecuencia de sedación sea diferente si se considera el lugar de atención (hogar u hospital), o si las razones son sólo físicas o físicas y psicológicas. Los fármacos más utilizados para sedar fueron: midazolam y haloperidol empleados por vía subcutánea. La supervivencia del paciente a partir de la sedación es consistentemente breve, siendo la media de 2.4 días, variando entre 1.3 y 3.9 días. En dos trabajos comparan la supervivencia entre los que se sedaron y los que no, y no encontraron diferencia. Sólo en cinco trabajos se habla del consentimiento del paciente y/o familia.

Recomendaciones en sedación terminal. La evaluación interdisciplinaria del paciente, para determinar la naturaleza refractaria de su sufrimiento, así como la comunicación con el paciente, familia, o personas significativas para él, influirán en la toma de decisiones, y será muy importante asegurarse de un proceso válido de consentimiento informado.

Es preciso individualizar la decisión terapéutica para cada paciente. Si es posible se debería conocer y respetar la actitud y/o la decisión del paciente y su familia. No se deben suprimir los cuidados elementales de higiene y confort, ni suspender la medicación elemental para el control sintomático. Se deben omitir o suspender los tratamientos médicos que no se dirijan a producir un alivio si es predecible que no afectan de

manera significativa el pronóstico del enfermo. Se puede plantear la sedación como última medida de control de síntomas.

El uso de sedación paliativa busca como principal objetivo el confort. Estrategias como la reanimación cardiopulmonar (RCP) que en otros contextos son válidas, no tiene cabida en este tipo de manejo en situación terminal; sin embargo, las decisiones de conservar o retirar terapias complementarias de soporte como alimentación o hidratación deberán ser discutidas (de forma independiente al tema de la sedación), con el enfermo o su familia.

Papel del anestesiólogo en la sedación terminal. La anestesiología actualmente representa una de las especialidades médicas que más rápidamente se ha tenido que incorporar a esta nueva visión del manejo del enfermo terminal, ya que conjunta una serie de cualidades, y conocimientos de farmacocinética clínica de opiáceos y sedantes potentes, y la capacidad de titularlos y monitorizarlos con seguridad. En unidades hospitalarias donde no se cuenta con un servicio de Clínica del Dolor o Medicina Paliativa, serán justamente los anestesiólogos uno de los grupos que con mayor frecuencia serán consultados en ese sentido, ocurriendo algo similar en las Unidades de Terapia Intensiva. Por ello, es fundamental que estén bien informados acerca de indicaciones, fármacos más comúnmente usados, y manejo de las situaciones potencialmente conflictivas que pueden surgir en este tipo de condiciones médicas.

Conclusión. La sedación debe considerarse como una parte del arsenal terapéutico, cuya aplicación esté sometida a un objetivo benevolente (intencionalidad), y a una toma de decisiones adecuada, que contemple la situación clínica y los deseos del paciente siempre que esto sea posible, o en su caso, de la familia. La sedación es frecuentemente utilizada en situaciones extremas de distress físico o psicológico, en pacientes en fase terminal. La experiencia clínica de los médicos y la influencia de factores como el burnout (desgaste profesional) pueden influir sobre sus decisiones clínicas. Es necesario un adiestramiento y educación adecuada para que los médicos involucrados con este manejo, tengan guías clínicas válidas, para que la sedación paliativa pueda realizarse bajo el marco de la más escrupulosa evaluación clínica, y de la ética médica.

REFERENCIAS

1. Rubiales AS, Olalla MA, Hernansanz S, et al. Decisiones clínicas sobre el mantenimiento de medidas de soporte y sedación en el cáncer terminal. *Med Pal (Madrid)* 1999;6(3):92-98.
2. Porta SJ. Sedación terminal: revisión de la literatura clínica. IV Jornadas Nacionales de Cuidados Paliativos y II de Navarra, Pamplona, España. *Med Pal (Madrid)* 2000;8(1):1-3.
3. Núñez-Olarte JM, Gracia GD. Cultural issues and ethical dilemmas in Palliative and End-of-life Care in Spain. *Cancer Control* 2001;8(1):1-9.
4. Morita T. Proposed definitions for terminal sedation (Correspondence). *The Lancet*, Jul 28, 2001;358:335-336.
5. Faisinger RL, De Moissac D, Mancini I, et al. Sedation for delirium and other symptoms in terminally ill patients in Edmonton. *J Palliat Care* 2000;16(2):5-10.
6. Process of clinical decision making. En: *Palliative Care Ethics: A companion for all specialties* (2a. Ed.) Ed. Randall F, R Downie. Oxford University Press 1999: 103-127.

7. Porta SJ. Sedation and terminal care. Eur J Palliat Care 2001;8:97-100.
8. Morita T, Akechi T, Sugawara Y, et al. Practices and Attitudes of Japanese Oncologist and Palliative Care Physicians Concerning Terminal Sedation: A National Survey. J Clin Oncol 2002;20(3):758-64.
9. HPNA Position Paper. Palliative Sedation at the End of Life. J Hosp Palliat Nursing 2003;5(4):235-7.
10. Fine PG. The Evolving and Important Role of Anesthesiology in Palliative Care. Anesth Analg 2005;100:183-8.
Email de contacto: medicinapaliativa_als@yahoo.com.mx

