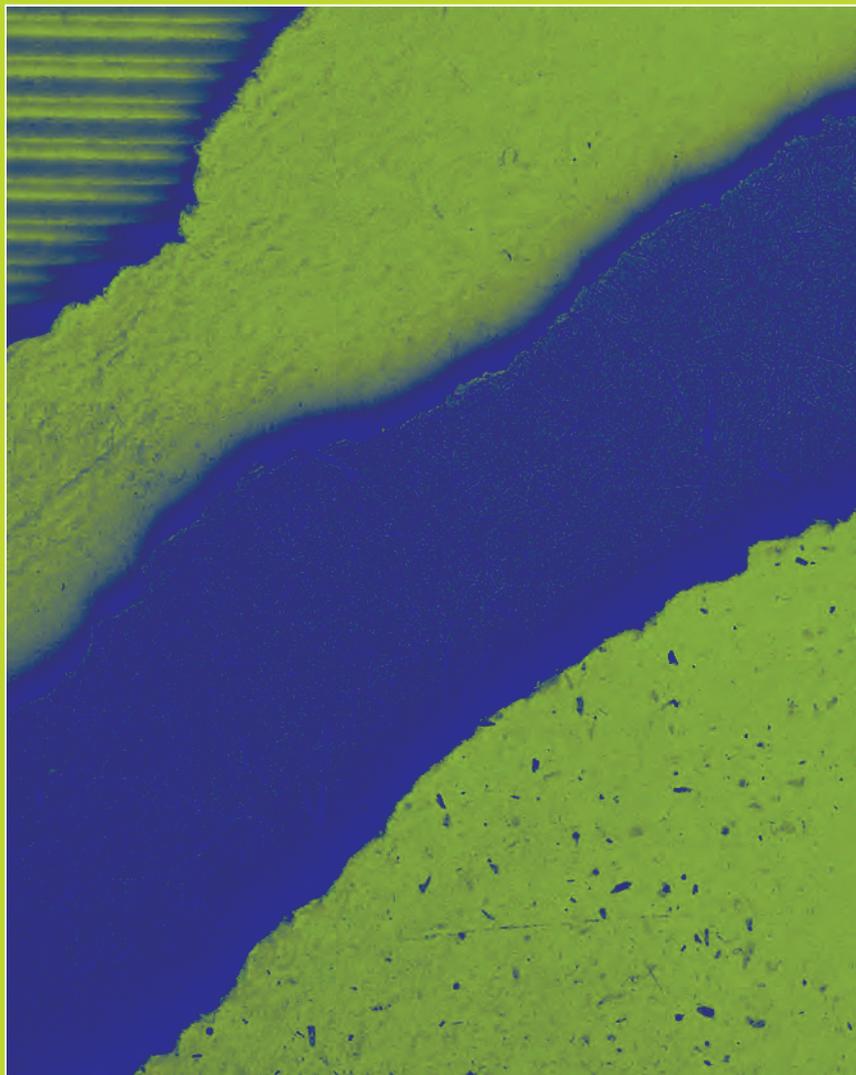


Trabajos originales



# LA SEDACIÓN PALIATIVA

\* M<sup>a</sup> LUISA DE LA RICA ESCUÍN

\*\* PILAR TORRUBIA ATIENZA, ROBERTO MORENO MATEO, PILAR LAUROBA ALAGÓN,  
JOSEFINA PÉREZ ROSEL

\*\*\* CONCHA GERMÁN BES, LOURDES JIMÉNEZ NAVASCUÉS

\* Enfermera Especialista en Geriátrica. Doctoranda en Enfermería.

\*\* Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD), Sector II. Zaragoza.

\*\*\* Universidad de Zaragoza.

## INTRODUCCIÓN

*La sedación paliativa es aplicable en el contexto del tratamiento de un síntoma refractario a los tratamientos habituales y va dirigida al alivio del distress que ocasiona un síntoma determinado a través de la disminución del nivel de consciencia. Su planteamiento debe ser una decisión que comparta el equipo (no sólo una persona) con el consentimiento del paciente y /o familia. No es equivalente al coma farmacológico, aunque se puede llegar a él si es necesario. En numerosas ocasiones, la disminución superficial del nivel de consciencia es suficiente para controlar un síntoma en un momento determinado.*

*Antes de plantearse, debe revisarse meticulosamente la historia clínica del paciente: valorando su trayectoria, las posibilidades realistas de control sintomático, sus expectativas y preferencias, así como las de la familia. Tanto el paciente como la familia deben estar informados sobre la naturaleza del procedimiento y sus objetivos de manera adecuada, delicada y honesta.*

*Todo este proceso debe quedar reflejado en la historia clínica, transmitido al conjunto del equipo asistencial y a la familia, que debe entender cuál es el objetivo de la maniobra y su procedimiento, así como la garantía de la continuidad de cuidados y la correcta monitorización del procedimiento.*

### Palabras clave:

*Síntoma refractario, síntoma difícil, sedación paliativa, sedación terminal, eutanasia.*

## SÍNTOMA REFRACTARIO Y SÍNTOMA DIFÍCIL

La sedación se indica habitualmente en el control de síntomas refractarios. Es importante trazar una línea y distinguir entre un síntoma difícil y un síntoma refractario.

Un *síntoma difícil* se define aquel 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 <sup>1 2</sup>.

Un *síntoma refractario* es aquel que no se puede controlar adecuadamente a pesar de los intensos esfuerzos para hallar un tratamiento tolerable en un plazo de tiempo razonable sin que comprometa la consciencia del paciente <sup>2 3</sup>.

Debe reunir tres características:

- Los esfuerzos realizados para controlar el síntoma han fracasado.
- Tratamientos invasivos y no invasivos no han sido capaces de proporcionar alivio.
- Tratamientos adicionales provocarán una morbilidad excesiva inaceptable.

El grado de control de un síntoma también vendrá determinado por la experiencia del equipo terapéutico y por el entorno donde se ubique la atención al paciente que determinará los medios que se utilizarán en el control de un síntoma determinado <sup>4</sup>.

Los síntomas que más frecuentemente precisan sedación son muy variables en cada entorno debido a <sup>2</sup>:

- Características de los pacientes: patología de base, estado funcional, preferencias...
- Experiencia y habilidad del equipo terapéutico.

- Entorno donde se ubique la atención: domicilio, centro sociosanitario, hospital...

Según los estudios de Porta, Kohara, Fainsinger, Broeckaert <sup>4</sup>, hay una gran variabilidad de síntomas que pueden conducir a la sedación. Generalmente, los síntomas refractarios que, con más frecuencia, conducen a una sedación son la *disnea, el dolor y el delirium*, aunque en algunos entornos el distrés emocional severo puede conducir a ella. También en estos estudios, se citan otros síntomas como vómitos (generalmente en el contexto de oclusión intestinal terminal) y situaciones como sangrados masivos.

## CLASIFICACIÓN DE SEDACIÓN Y CONSIDERACIONES ÉTICAS

En cuidados paliativos, se entiende por sedación *la administración de fármacos apropiados para disminuir el nivel de consciencia de la persona enferma con el objetivo de controlar algunos síntomas* <sup>5 6</sup>.

La sedación puede clasificarse en:

### Sedación paliativa:

Es la administración deliberada de fármacos en las dosis y en las combinaciones requeridas para *reducir la consciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito, implícito o delegado*. Puede ser continua o intermitente, superficial o profunda.

### Sedación terminal:

Es la administración deliberada de fármacos para *lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas,*

*de un sufrimiento físico y/o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la consciencia en un paciente, cuya muerte se prevé muy próxima y con su consentimiento explícito, implícito o delegado*. Es una sedación continua, que puede ser superficial o profunda.

Debemos tener en cuenta una serie de consideraciones y requisitos éticos en la sedación terminal <sup>1 3 7</sup>:

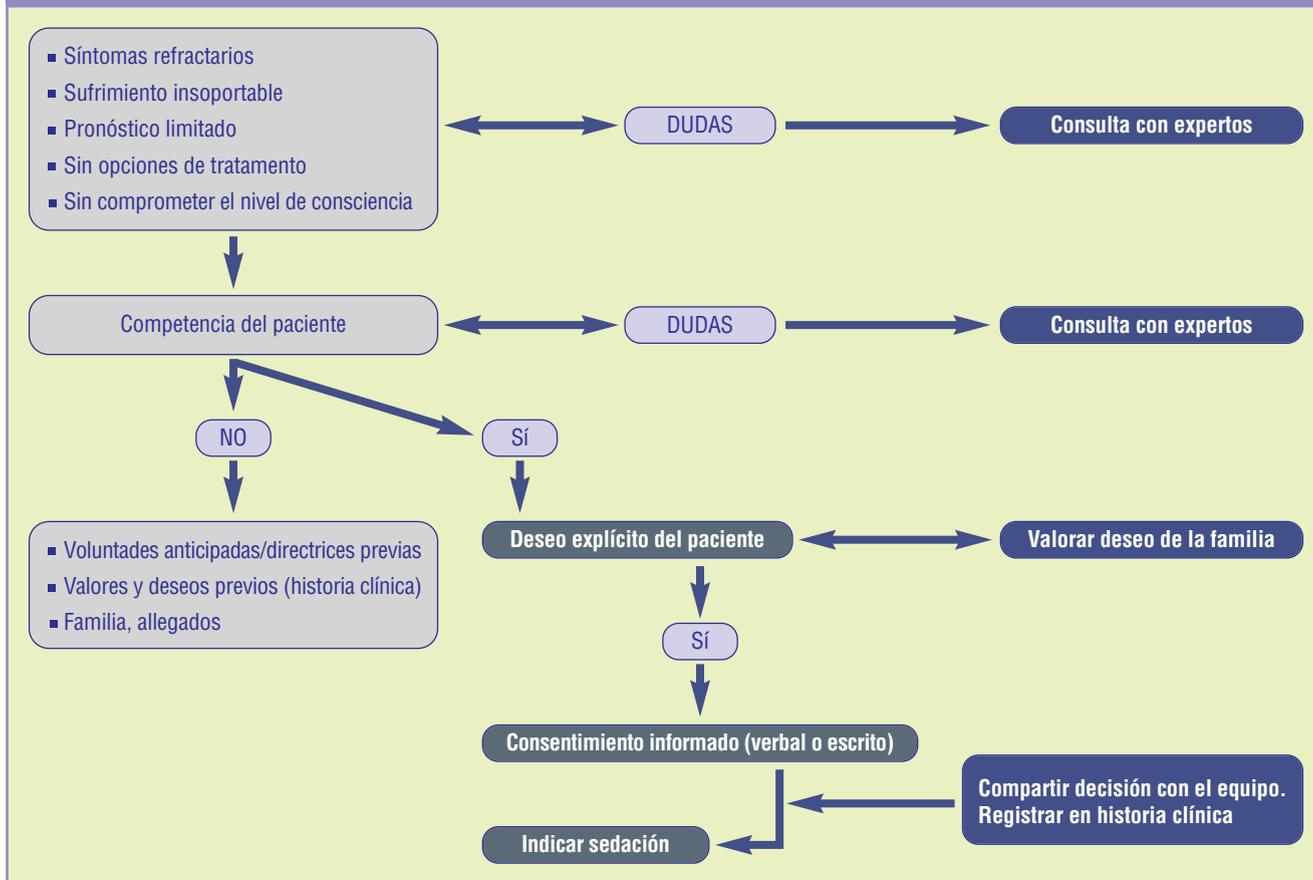
En un paciente al final de la vida, el objetivo prioritario debe ser la preservación de la calidad de esa vida que todavía queda y no la salvaguarda estricta de la misma. Por lo tanto, puede considerarse maleficiente permitir el sufrimiento de la persona enferma por no tolerar adelantar la muerte buscando el alivio del sufrimiento.

Siempre debe obtenerse el consentimiento para proceder a una sedación, a ser preferible, de forma explícita, aunque es igualmente válido de forma delegada o implícita en los valores y deseos de la persona enferma que haya manifestado a la familia o al equipo <sup>1</sup>.

Los **requisitos éticos en la sedación terminal** que deben tenerse en cuenta son (*Figura 1*):

- Tratarse de una situación de enfermedad incurable, avanzada o terminal.
- Muerte previsiblemente cercana basándose en signos físicos y en la evolución del paciente.
- Presencia de síntomas refractarios.
- Ausencia de respuesta al tratamiento convencional.
- Intencionalidad basada en el alivio del sufrimiento.
- Consentimiento explícito, implícito o delegado del paciente.

Figura 1. Requisitos éticos (elaboración propia)



Las **diferencias entre sedación y eutanasia** se refieren a <sup>1 4 5</sup>:

**Intencionalidad:** En la sedación, la intención es aliviar el sufrimiento del paciente frente a síntomas determinados. En la eutanasia el objetivo es provocar la muerte física del paciente. En la sedación se busca un estado de consciencia que produzca indiferencia frente al sufrimiento o amenaza.

**Proceso:** En la sedación, existe una indicación clara y contrastada, los fármacos y dosis se ajustan a la respuesta del paciente frente al sufrimiento que genera el síntoma, lo que garantiza la evaluación de dicho proceso. En la eutanasia se precisa de fármacos a dosis letales que garanticen una muerte rápida.

**Resultado:** En la sedación, el parámetro de éxito es el alivio del sufrimiento que debe evaluarse de forma adecuada. En la eutanasia, el parámetro de respuesta es la muerte.

## FARMACOLOGÍA EN LA SEDACIÓN

Existen diversos fármacos que pueden ser utilizados en la sedación de un paciente. La elección de uno u otro se basa en:

- Necesidades del paciente.
- Características del síntoma que se pretende controlar.

En líneas generales, es aconsejable iniciar la sedación con un solo fármaco, ofreciendo los rescates necesarios para asegurar la consecución del objetivo y monitorizar de forma constante al paciente para ajustar el tratamiento y detectar nuevas necesidades <sup>8 9</sup>.

Por otro lado, hay que recordar que es posible asegurar un grado de sedación diferente según los momentos del día y las necesidades del paciente. El uso de infusiones continuas (sean por vía endovenosa o subcutánea) permiten ajustar el

tratamiento de manera que pueda ofrecerse un grado de sedación mayor por la noche que asegure el descanso nocturno o que permita la ingesta de algún tipo de alimento o líquido durante el día, etc.

Los **fármacos más usados** en la sedación paliativa son <sup>2 8 9</sup>:

**Benzodiazepinas:** Son los de primera elección y, de entre ellas, el *midazolam* es el más recomendable por su efectividad, por la rápida instauración de su efecto y su versatilidad en la vía de administración. Los pacientes que han sido tratados previamente con benzodiazepinas precisarán dosis más altas para lograr la sedación. Debe tenerse en cuenta, la posibilidad de agitación paradójica en el uso de benzodiazepinas en el caso de que se sature totalmente el sistema GABAérgico, hecho que puede suceder a partir de 160-300 mg de midazolam en 24 horas. En este caso, hay que añadir otro fármaco de diferente categoría.

**Neurolepticos:** Son fármacos ampliamente usados en sedación, se reservan a una segunda línea, ya que tienen un poder sedante menor a las benzodiazepinas. Sin embargo si son de primera elección en caso de agitación paradójica por benzodiazepinas e incluso en ocasiones se han considerado de primera elección en la sedación por delirium.

Entre los neurolepticos existentes, se emplean los de poder más sedante: *levomepromazina*, *clorpromazina*. Cuando se añade a midazolam es recomendable disminuir la dosis de éste en un 50% las primeras 24 horas para evitar deprivación.

**Barbitúricos:** Es la tercera línea propuesta, el más utilizado es el *fenobarbital* por su tiempo de vida media y posibilidad de administración subcutánea. Pero su uso debe ser excepcional y debe pararse las benzodiazepinas y los neurolepticos y reducir al 50% la dosis de opiáceos.

En los últimos años, se ha introducido entre los fármacos utilizados en la sedación paliativa el

*propofol*. Aporta la ventaja de su efecto ultrarrápido a cambio de poderse administrar únicamente por vía endovenosa. Podría sustituir a las benzodiazepinas en primera línea en el caso de hemorragias masivas. En su uso, hay que parar benzodiazepinas y neurolepticos y disminuir los opiáceos a la mitad.

Siempre hay que considerar rescates de medicación para administrar en bolus en un momento determinado de crisis.

Un fármaco se considera no efectivo, cuando no se consigue la sedación suficiente para aliviar el síntoma después de llegar a dosis plenas. Siempre es recomendable revisar las diluciones del fármaco,

saber que fármacos se pueden administrar por vía intravenosa y subcutánea y cuales no y comprobar el buen estado de las vías por donde se administra <sup>5</sup>.

Como en cualquier otro tratamiento se debe realizar una evaluación continua del nivel de sedación en el que se encuentra y necesita el enfermo. Se recomienda para este fin la escala de Ramsay <sup>10</sup> (Tabla 1). En la historia clínica y en las hojas de evolución deberán registrarse con el detalle necesario los datos relativos al ajuste de las dosis de los fármacos utilizados, a la evolución clínica de la sedación en la agonía y a los cuidados básicos administrados.

**Tabla 1. Escala de Ramsay**

<b>Nivel I</b>	Paciente agitado, angustiado
<b>Nivel II</b>	Paciente tranquilo, orientado y colaborador
<b>Nivel III</b>	Paciente con respuesta a estímulos verbales
<b>Nivel IV</b>	Paciente con respuesta rápida a la presión glabellar o estímulo doloroso
<b>Nivel V</b>	Paciente con respuesta perezosa a la presión glabellar o estímulo doloroso
<b>Nivel VI</b>	Paciente sin respuesta

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Barbero J.** Sufrimiento, cuidados paliativos y responsabilidad moral. In: Couceiro A, editor. *Ética en Cuidados Paliativos*. Madrid: Editorial Triacastela; 2004. p. 426-7.
- 2 Morita T, Bito S, Kurihara Y, Uchitomi Y.** Development of a clinical guideline for palliative sedation therapy using the Delphi method. *J Palliat Med*. 2005; 8(4): 716-29.
- 3 Mattia C, Savoia G, Paoletti F, Piazza O, Albanese D, Amantea B, et al.** SIAARTI recommendations for analgo-sedation in intensive care unit. *Minerva Anestesiol*. 2006; 72 (10): 769-805.
- 4 Porta-Sales J.** Sedación paliativa. In: Porta-Sales J, Gómez-Batiste X, Tuca A, editors. *Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal*. Madrid: Editorial Arán; 2004. p. 259-70.
- 5** *Guía Clínica de Sedación Paliativa del PRCPEX, usos y recomendaciones 2015*. Disponible en: <http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5Cguia-de-sedacion.pdf> (Última consulta 24 de Junio 2015).
- 6 De Graeff A, Dean M.** Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standards. *Journal of Palliative Medicine*. 2007; 10: 67-85.
- 7 Porta-Sales J, Núñez-Olarte JM, Altisent-Trota R, et al.** Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos: trabajos del Comité de Ética de la SECPAL. *Med Pal (Madrid)* 2002; 9: 41-6.
- 8 Krakauer EL, Penson RT, Truog RD, King LA, Chabner BA, Lynch TJ, Jr.** Sedation for intractable distress of a dying patient: acute palliative care and the principle of double effect. *Oncologist*. 2000; 5(1): 53-62.
- 9 Cowan JD, Walsh D.** Terminal sedation in palliative medicine--definition and review of the literature. *Support Care Cancer*. 2001; 9 (6): 403-7.
- 10 Ramsay MA, Savege TM, Simpson BRJ, Godwin R.** Controlled sedation with alphaxalone-alphadolone. *Br Med J*. 1974 June 22; 2 (5920): 656-659.