

TERAPIA DE SEDACIÓN PALIATIVA ¿CUÁNDO Y CÓMO?

PATRICIA BONILLA

INSTITUTO MÉDICO LA FLORESTA, CARACAS, VENEZUELA

RESUMEN

Los pacientes con enfermedades avanzadas y terminales, pueden presentar síntomas refractarios, productores de gran sufrimiento, para ello se utiliza la terapia de sedación paliativa. Sin embargo, su uso es controversial, esta revisión intenta aclarar los conceptos éticos, la toma de decisiones para su uso, y así esclarecer la legitimidad moral.

PALABRAS CLAVE: Síntoma, refractario, sedación paliativa, ética, decisiones.

SUMMARY

The patients with advanced disease and terminal state may have refractory symptoms, producing a great suffering for it palliative sedation therapy is used. But their use is controversial; this is a review attempts to clarify the ethical concepts, the decision making for it use, and so clarify the moral legitimacy.

KEY WORDS: Refractory, symptoms, palliative sedation, ethics, decision making.

INTRODUCCIÓN

Los cuidados paliativos tienen como objetivo el control sintomático y cuidados de confort, respeto al paciente y al entorno familiar y la continua necesidad de la toma de decisiones dentro de un marco ético^(1,2).

A medida que las enfermedades crónicas avanzan y se hacen irreversibles, aparecen síntomas, los cuales en ocasiones son difíciles de controlar y es necesario utilizar medidas terapéuticas más intensas, farmacológicas, psicológicas e intervencionistas. Sin embargo, puede que estas medidas no funcionen y el o los síntomas no pueden ser adecuadamente controlados a pesar de los intensos esfuerzos para hallar un tratamiento tolerable, en un plazo de tiempo razonable sin que se comprometa la conciencia del paciente. A estos síntomas se les llama síntomas refractarios o sufrimiento refractario^(1,2).

El tratamiento de los síntomas refractarios es la sedación paliativa (SP), se define como

Recibido: 05/07/2015 Revisado: 23/08/2015

Aceptado para publicación: 12/11/2015

Correspondencia: Dra. Patricia Bonilla. Av. Principal Urb. La Floresta, Calle Santa Ana, Piso 1, consultorio

119, Caracas, Venezuela. Tel (Master):0212-209.62.22
Ext.146. Directo:+58-212-2096-46- 4938597. E-mail :
vamopan2@gmail.com

la administración de fármacos, los cuales van a reducir el estado de conciencia, tanto como sea necesario para aliviar el o los síntomas refractarios, previo consentimiento informado ⁽¹⁻⁵⁾.

El objetivo de la SP es reducir el sufrimiento y no acelerar la muerte ⁽³⁾.

La sedación se va a dividir (Cuadro 1) según su objetivo en: sedación primaria, se refiere específicamente a la sedación paliativa y sedación secundaria; a ésta última, muchos autores no la consideran sedación, sino más bien un efecto secundario de algunos fármacos, como es la somnolencia producida por los opioides ⁽⁶⁾.

Cuadro 1. Clasificación de la sedación

Objetivo	Temporalidad	Intensidad
Primaria	Intermitente	Superficial
Secundaria	Continua	Profunda

Según la temporalidad se clasifica en: intermitente o continua. La sedación intermitente se puede utilizar en aquellos casos donde el paciente prefiere tener lapsos de tiempo despierto para interactuar con la familia, hay situaciones pendientes que requieren estar alerta o cuando el síntoma refractario es de predominio nocturno ⁽⁶⁾. La última clasificación se refiere a la intensidad, la cual es superficial o profunda ⁽¹⁾.

La SP en agonía es la que se utiliza al final de la vida, cuando las expectativas de vida son menores a 4 días. Esta es una sedación profunda y continua ^(1,2).

La frecuencia para los pacientes al final de la vida es muy variable, va de un 1 % al 88 % ^(6,7). Esta diferencia tan grande se debe a diferentes factores. Los términos de síntoma refractario y SP no han sido universalmente aceptados, por lo que se requieren trabajos con definiciones integradas y uniformes. La mayoría de los trabajos de investigación han sido retrospectivos, con un pequeño número de casos. El otro gran

problema son los miedos por parte de muchos equipos a realizar la terapia de sedación paliativa por falta de consenso en temas de índole moral, ética, cultural y la sensación de acelerar la muerte ^(2,3,8).

Los síntomas más frecuentes de refractariedad y que amerita la terapéutica de sedación paliativa son: delirio (55 %-65 %), disnea (26 %-27 %), náuseas y vómitos (4 %), dolor (14 %-18 %), causas agudas como hemorragias masivas, asfixia por obstrucción de vía aérea y trombo-embolismos masivos ^(3,6). El dolor cada vez es una causa menos frecuente, porque afortunadamente existen un mayor número de fármacos y técnicas intervencionistas que lo disminuyen.

La SP por distrés psico-emocional es muy controversial ⁽³⁾. El paciente puede no tener síntomas físicos, solo la presencia de sufrimiento existencial como miedo a la muerte, soledad, pérdida de la autonomía, desesperanza, falta de sentido de la vida, pérdida de la dignidad, entre otros. Estos pueden ser tan graves que provocan sufrimiento incontrolable. Se recomienda en estos casos la evaluación por expertos, no solo por el equipo de salud que incluye oncólogos, paliativistas, psiquiatra y psicólogo, además debe ser evaluado por el pastor y especialista en eticidad, a fin de determinar si la única manera de controlar el sufrimiento es con la sedación paliativa ^(2,4).

Antes de tomar la decisión es fundamental realizar la historia clínica exhaustiva, identificando desde cuándo están presentes los síntomas, los tratamientos realizados para el control de los mismos, aquellos que no se han podido realizar y por qué, en caso de que esta sea la situación ⁽¹⁾. Exámenes complementarios también son necesarios, a fin de descartar procesos agudos reversibles, tales como infecciones, eventos metabólicos, intoxicación medicamentosa, derrame pleural, taponamiento cardíaco, retención urinaria u obstrucción gastrointestinal ⁽⁹⁾.

La evaluación debe incluir el pronóstico vital, si es de horas, días, meses, se pueden utilizar las diferentes escalas conocidas, como la de Menten (Cuadro 2), escalas de funcionalidad, presencia o ausencia de insuficiencia de órganos, disnea, anorexia, edemas, anemia, caquexia, delirio e ingesta oral ⁽⁹⁾.

Cuadro 2. Escala de Menten

Nariz fría y blanca
 Extremidades frías
 Livideces
 Labios cianóticos
 Estertores pre-mortem
 Apneas (<15 seg/en 1 min)
 Oliguria (>300 cm³/día)
 Somnolencia (>15 h/día)

Situación agónica: Si están presentes 4 o más criterios, en el 90 % de los casos morirá en los próximos 4 días. Situación pre-agónica: 1 a 3 criterios.

TOMA DE DECISIONES

Una vez determinado por consenso médico por qué realizar la sedación paliativa, es decir, cuál es el síntoma refractario y sufrimiento intolerable, el equipo de salud ⁽²⁾ debe plantearle al paciente y/o la familia el posible tratamiento. Antes, es necesario conocer cuáles son las habilidades físicas, emocionales, sociales y espirituales con las cuales cuenta la unidad paciente-familia, a fin de comunicarles el objetivo de la sedación, posibles efectos adversos y complicaciones. Se debe investigar si hay algún documento de la voluntad vital anticipada y, por último, debe existir consentimiento por parte del paciente o en su defecto por la familia. No es necesario que

este documento sea notariado, ni por escrito, lo que sí es indispensable describir en la historia clínica, son todos los pasos que se han realizado y la autorización del paciente y/o familiar ^(3,4,9).

Esta información debe ser dada en un ambiente cálido, tranquilo, donde estén presentes al menos dos médicos y un familiar del paciente, respetando creencia, culturas, reconociendo el significado de la muerte para el paciente y su grupo familiar ⁽⁴⁾.

Otro acuerdo importante es el tratamiento concurrente que se mantiene o se omite, dependiendo del pronóstico vital: antibióticos, hipoglucemiantes, antihipertensivos, hidratación y nutrición. Los dos últimos, representan un problema ético, desde el punto de vista médico. Siempre debe mantenerse el tratamiento analgésico previo ⁽⁹⁾.

¿Cuándo suspender hidratación y nutrición? Esto no está claro, parece que debe hacerse en fase agónica, incluso el no suspender la hidratación puede aumentar la intensidad de los síntomas respiratorios y cardiovasculares. No hay evidencia que la nutrición artificial prolongue la sobrevivencia de los pacientes al final de la misma, por el contrario pueden aumentar los riesgos, por lo que se recomienda suspenderla al iniciar la sedación profunda ^(3,4).

Siempre se deben mantener las medidas de confort, higiene oral, ojos, piel, movilización para evitar escaras, además de educar a la familia para que se mantenga cerca del paciente y con actitud de amor y cuidado ⁽⁹⁾.

¿CUÁLES MEDICAMENTOS UTILIZAR?

El medicamento de elección va a depender del síntoma refractario. Si el síntoma es delirio se inicia con levomepromazina a dosis de 25 mg cada 6 a 8 horas IV/SC, pudiendo llegar hasta una dosis máxima de 300 mg día. Se administra la dosis de inducción como rescate, cada hora si es necesario ⁽⁴⁾.

Cualquier otro síntoma se debe comenzar

con benzodiacepinas de corta acción como el midazolam. Se inicia a dosis de 0,5 mg a 2 mg/h, pudiendo necesitarse de 1 a 20 mg/h. Si se requieren dosis superiores a 200 mg y el síntoma no es controlado o se presenta agitación como efecto adverso se puede utilizar levomepromazina sola o combinada con el midazolam, disminuyendo la dosis del último en un 50 % antes de iniciar el neuroléptico y luego 33 % según la evolución, pudiendo llegar a suspender el midazolam o combinar ambos. Si falla el tratamiento anterior se puede utilizar fenobarbital o propofol ^(1,3,4) recomendado este último por ser un medicamento de rápida acción, fácil titulación y corta duración, por lo que rápidamente se puede revertir la sedación profunda. Tiene como efectos secundarios depresión respiratoria, hipotensión, solo puede ser administrado por vía intravenosa y hay dolor a la infusión si la vena canulada es de calibre pequeño. La preparación de la infusión solo debe ser usada por 12 h. Tiene como efectos beneficiosos antiemético, broncodilatador y anti-pruriginoso. Por ser un anestésico potente, se recomienda su uso solo por médicos expertos ⁽⁹⁾.

Siempre se debe iniciar con una dosis de inducción, la cual se repite cada 20 min hasta que el síntoma refractario mejore y se mantiene con infusión continua, vigilándolo tres veces al día ⁽⁹⁾.

El nivel de sedación debe ser el más bajo para controlar el síntoma refractario. En muchas ocasiones se logra controlar el síntoma y puede revertirse la sedación ⁽²⁾. Esto permite que el paciente vuelva a interactuar con la familia e incluso trate de solucionar situaciones pendientes, si las hay. Sin embargo, se debe advertir a la familia que puede suceder que al disminuir la sedación regrese el síntoma refractario, por lo que se iniciará de nuevo la sedación, también es posible que a pesar de disminuir la infusión de la medicación el paciente no recobre el estado de conciencia ⁽³⁾.

Todo paciente al que se le inicia SP debe

realizarse seguimiento y monitoreo de los resultados y documentación en la historia clínica ^(3,4,9).

Debe evaluarse: ⁽³⁾

Alivio del sufrimiento: expresiones faciales, movimiento, postura, comentarios de los familiares.

Nivel de conciencia, profundidad de la sedación según escala de Ramsay (Cuadro 3).

Cuadro 3. Escala de Ramsay

Nivel I	Agitado, angustiado
Nivel II	Tranquilo, orientado, colaborador
Nivel III	Respuesta a estímulos verbales
Nivel IV	Respuesta rápida a la presión glabellar o estímulos dolorosos
Nivel V	Respuesta lenta a la presión glabellar o estímulos dolorosos
Nivel VI	No respuesta

Posibles efectos adversos de la sedación: apnea, hipotensión, lesiones de piel, escaras, lesiones corneales, lesiones de la mucosa oral.

Control de la familia y profesionales de la salud, para descartar posibles efectos psicológicos y sufrimiento espiritual. Puede existir tristeza por la falta de interacción con el paciente, duelo anticipado, desacuerdo con el uso de la sedación, la sensación de que se está realizando eutanasia pasiva, o que se está acelerando la muerte ^(1,9).

Hay estudios que indican que la sedación paliativa no acelera la muerte. No hay diferencias significativas entre pacientes sedados y no sedados antes de la muerte. Sin embargo, no existen metanálisis y por tanto los datos son inconsistentes ^(6,7,9,10).

Al paciente en fase de agonía no deben monitorizarse signos vitales, porque produce aumento de la ansiedad de los familiares y el personal de salud ⁽⁴⁾. Si el paciente presenta síntomas refractarios y la muerte se prevé en horas o en pocos días, se recomienda sedación continua y profunda ⁽³⁾.

La sedación se aconseja sea realizada por médicos entrenados en la resolución de síntomas y experiencia en la atención al final de la vida, a fin de reforzar al grupo familiar con la importancia de la tranquilidad ofrecida al paciente ^(1,2).

¿CUÁNDO LA SP ES DE USO INCORRECTO?

Es claro que la única condición cuando se realiza este tratamiento es al aparecer síntomas refractarios, si esta se lleva a cabo ante la presencia de síntomas difíciles, es una decisión inapropiada ⁽⁹⁾.

Se ha reportado el uso de la SP cuando existe cansancio o *burnout* del equipo de salud o del grupo familiar ^(3,9).

También es incorrecto el uso sub óptimo, por falta de experiencia de los profesionales y no se realiza a tiempo el diagnóstico de síntoma refractario o por temor a sus efectos adversos, acelerar la muerte, dudas ante el componente ético. Esta actitud mantiene al paciente en sufrimiento por falta de una decisión a tiempo ⁽⁹⁾.

La falta de monitoreo, el iniciar la sedación sin tener el consentimiento informado o usar los medicamentos inapropiados como por ejemplo morfina para la sedación, también puede ser considerado un uso incorrecto. La morfina casi siempre se mantiene, pero como analgésico no para sedación ⁽⁹⁾.

Desde el punto de vista ético, el abuso está representado por la eutanasia encubierta. Esta se define cuando la sedación se indica al final de la vida para acelerar el proceso de la muerte ^(3,9).

¿HAY DIFERENCIAS ÉTICAS ENTRE LA SP Y LA EUTANASIA?

La diferencia es clara cuando hablamos de los objetivos de la SP. La intencionalidad y el resultado de la primera es el alivio del sufrimiento a través de la administración de fármacos, hasta que el paciente alivie el síntoma; la intencionalidad de la segunda es la muerte del paciente ^(1-3,11).

Está aprobado y totalmente justificado el principio del doble efecto. Todos los fármacos tiene efectos positivos y efectos secundarios, lo importante es buscar el equilibrio y el principal beneficio para el paciente. Es decir, el alivio del sufrimiento. Ocurre con el uso de morfina, esta alivia el dolor y tiene como efecto secundario somnolencia. Por tanto, es un efecto permisible y es moralmente bueno o neutral. Éticamente aprobado por todas las religiones ⁽¹¹⁾.

Otra interrogante es si es éticamente posible iniciar la SP en pacientes no competentes. Definitivamente sí, se puede solicitar el consentimiento a los familiares y en caso de que estos no estén de acuerdo, el cuerpo médico puede decidir ante un paciente con sufrimiento severo ⁽¹¹⁾.

La SP cumple con los principios éticos de proporcionalidad, porque se disminuye nivel de conciencia hasta que se alivia el síntoma, y la autonomía, porque se realiza con la autorización del paciente o familia ⁽²⁾.

La SP definitivamente es controversial y necesaria, por lo que es imperativo desarrollar guías clínicas y directrices de procedimientos a fin de contribuir a difundir las buenas prácticas clínicas, aliviando el sufrimiento de los pacientes al final de la vida ^(5,8,9).

REFERENCIAS

1. Guía de Sedación paliativa. Organización Médica Colegial. Sociedad Española de cuidados paliativos (SECPAL). Disponible en: UR: <http://www.secpal.com>.

2. Kirk T, Mahon M, Palliative Sedation Task Force of the National Hospice and Palliative Care Organization Ethics Committee. National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) Position statement and commentary on the use of palliative sedation in imminently dying terminally ill patients. *J Pain Symptom Management*. 2010;39(5):914-923.
3. De Graeff A, Dean M. Palliative sedation therapy in the last week of life: A literatura review and recommendations for standards. *J Palliat Med*. 2007;10(1):67-85.
4. Dean MM, Cellarius V, Henry B, Oneschuk D, Librach Canadian Society of Palliative Care Physicians Taskforce SL. Framework for continuous palliative sedation therapy (CPST) in Canada. *J Palliat Med*. 2012;15(8):870-879.
5. Abarshi E, Rietjens J, Caraceni A, Payne S, Deliens L, Van Den Block L, et al. Towards a standardized approach for evaluating guidelines and guidance documents on palliative sedation: Stud protocol. Disponible en: URL: <http://www.biomedcentral.com/1472-684X/13/34>.
6. Maltoni M, Pittureri C, Scarpi E, Piccinini L, Martini F, Turci P, et al. Palliative sedation therapy does not hasten death: Results from a prospective multicenter study. *Ann Oncol*. 2009;20(7):1163-1169.
7. Barathi B, Chandra P. Palliative sedation in advanced cancer patients: Does it shorten survival time? A Systematic Review. *Indian J Palliat Care*. 2013;19(1):40-47.
8. Moyano J, Zambrano S, Ceballos C, Santacruz C, Guerrero C. Palliative sedation in Latin America: Survey on practices and attitudes. *Support Care Cancer*. 2008;16(5):431-435.
9. Cherny N, Radbruch L, Board of the European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med*. 2009;23(7):581-593.
10. Beller EM, van Driel ML, McGregor L, Truong S, Mitchell G. Palliative pharmacological sedation for terminally ill adults (Review). The Cochrane Collaboration. The Cochrane Library 2015, Disponible en: URL: <http://www.thecochranelibrary.com>.
11. Taboada P Sedación Paliativa (parte II). Cuestiones éticas y principios morales *Acta Bioethica*. 2014;20(2):225-235.