

SEDACIÓN PALIATIVA

Eduardo Clavé Arruabarrena

En: "Los cuidados paliativos, una labor de todos".
Editado pro W. Astudillo, A. Orbeago, E. Díaz Albo, E. Díaz A. y P. Bilbao
Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, San Sebastián, 2007

1. CONCEPTO DE SEDACIÓN PALIATIVA

El término sedar procede del latino “sedare” y significa¹ apaciguar o calmar la excitación o un dolor físico o moral de alguien y, su utilización en el terreno médico sería la acción de administrar un sedante a alguien. Y se denominan sedantes a los fármacos que se utilizan en distintas especialidades de la medicina (anestesia, endoscopias, etc.) con el objetivo de proceder a determinadas maniobras o procedimientos especialmente molestos o dolorosos, de manera que puedan ser tolerados por los enfermos. Es en este contexto médico en el que algunos autores definen la sedación como “la administración de fármacos adecuados para disminuir el nivel de conciencia del enfermo, con el objetivo de controlar algunos síntomas o de prepararlo para una intervención diagnóstica o terapéutica que puede ser estresante o dolorosa”.

La sedación puede ser intermitente (permite períodos de alerta que alternan con el estado de inconsciencia) o continua (disminución del nivel de conciencia de forma permanente), superficial (permite algún tipo de comunicación del paciente, verbal o no verbal) o profunda (mantiene al paciente en estado de inconsciencia).

En el marco de los Cuidados Paliativos el objetivo de la sedación es el alivio del sufrimiento del enfermo mediante una reducción proporcionada del nivel de conciencia. Se denomina *sedación paliativa* a aquella que se logra mediante la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento. La *sedación en la agonía* es un caso particular de la sedación paliativa, y se define como 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 conciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima.

¹ *Diccionario de María Moliner*. Editorial Gredos, S.A. Segunda edición, 1998.

2. INDICACIÓN DE LA SEDACIÓN PALIATIVA/EN LA AGONÍA

Los Cuidados Paliativos tienen entre sus objetivos fundamentales el de proporcionar al enfermo el control o el alivio del dolor u otros síntomas que le causan sufrimientos difícilmente soportables. Como se ha mencionado a la hora de definir la sedación paliativa, la existencia de síntomas o de sufrimiento físico y/o psicológico refractarios al tratamiento establece uno de los requisitos para la indicación de la sedación. Si mediante la utilización adecuada de los tratamientos y de los recursos que se disponen en nuestra sociedad no se consiguen controlar los síntomas que padece el enfermo en un tiempo razonable se les denomina síntomas refractarios. En ocasiones, la dificultad en determinar si un síntoma es refractario al tratamiento hace aconsejable que se consulte a un experto. Esto es especialmente importante en el caso del dolor, por lo que antes de considerarlo como un síntoma refractario al tratamiento se recomienda consultarlo con las Unidades del Dolor o con especialistas en Cuidados Paliativos.

En cuanto al sufrimiento físico y/o psicológico no se debe olvidar que, aunque el sufrimiento forma parte consustancial del ser humano, la experiencia demuestra que existe una parte del sufrimiento que es “evitable”. En consecuencia, resultará crucial distinguir entre “sufrimiento evitable” y “no evitable”, lo que permitirá a los profesionales determinar sobre qué aspectos del sufrimiento “evitable” se puede intervenir (control de síntomas físicos, intervención sobre problemas psicológicos o sociales, etc.) En este sentido, debe recordarse que la intervención sobre el sufrimiento del enfermo no se agota en la aplicación de los recursos técnicos o farmacológicos, sino que debe contemplarse, como parte fundamental del tratamiento, el cuidado y apoyo del enfermo y de su familia en los aspectos psicosociales y espirituales que precise. Una vez que existe seguridad de que se han agotado las posibilidades de intervención en el control de los síntomas y del sufrimiento se los podrá considerar refractarios.

Por otro lado, se debería tener en cuenta que en las enfermedades avanzadas, cuando se vislumbra el final de la vida, la utilización de todos los recursos que pone la medicina en nuestras manos puede

hacer que se perpetúe el sufrimiento del enfermo al prolongar una existencia con síntomas refractarios a todo tipo de tratamiento. Incluso la utilización de fármacos o de técnicas médicas con el objetivo de paliar los síntomas que acontecen en las fases finales de la enfermedad pueden conducir a esa prolongación de la existencia asociada a un sufrimiento que puede ser vivido como indigno por el enfermo. Puesto que nuestra sociedad reconoce que el enfermo debe tomar las decisiones que le conciernen respecto a su vida y a su salud, entre las obligaciones de los profesionales que le atienden está la de potenciar su autonomía como muestra del respeto a su dignidad, a pesar de la extrema vulnerabilidad que sufre en el final de su vida. En este contexto la constatación por parte del enfermo de la refractariedad de su sufrimiento a pesar de las intervenciones médico y psicosociales efectuadas, debería ser la prueba evidente de que se han agotado todos los tratamientos y de que la sedación paliativa está indicada.

En conclusión, se puede considerar que la *refractariedad* de los síntomas y del sufrimiento del enfermo viene determinada por el agotamiento de las intervenciones médicas, psicológicas, sociales y espirituales, y por la confirmación del propio paciente; y que la *sedación paliativa* se plantea como última alternativa terapéutica para lograr el alivio del sufrimiento refractario mediante una reducción de la conciencia lo suficientemente profunda como para conseguirlo. Es decir, la sedación constituye un tratamiento que se utiliza cuando el resto de los tratamientos han fracasado en el control de síntomas que generan un gran sufrimiento en el enfermo. Una vez iniciada la sedación paliativa/en la agonía prosigue el deterioro del enfermo hasta su muerte en un periodo que oscila entre varias horas a días.

3. CONSENTIMIENTO DEL ENFERMO

El consentimiento implica que el enfermo competente, correctamente informado, expresa su deseo explícito de sedación. En cuanto a la información que debe comunicarse al paciente y debido a la complejidad de la toma de decisiones sobre la sedación, es aconsejable que el profesional prevea estas situaciones hablando

de forma anticipada sobre el procedimiento de la sedación y sope-se de manera individual los posibles daños de la información que debe revelar.

Una correcta información debe tener en cuenta una explicación acerca de la situación biológica del enfermo, de su irreversibilidad e incurabilidad así como de la supervivencia estimada. También de los síntomas y de los tratamientos que se disponen, de la presencia de síntomas refractarios, de los tratamientos que se han administrado y del razonamiento de la decisión de la sedación. La información debe contener cuál es el objetivo de la sedación, los fármacos que se utilizan para reducir la conciencia, los efectos esperados sobre el nivel de conciencia, la comunicación, la ingesta oral, la supervivencia estimada y los cuidados durante la sedación, así como los resultados esperados en el caso de que no se realice la sedación. Además, los profesionales sanitarios deben tener en consideración las preferencias de la familia clarificándoles que se debe estimar el deseo de los enfermos, e indicándoles que no son totalmente responsables de las decisiones de éstos y que el profesional comparte la responsabilidad de la decisión de la sedación.

El consentimiento verbal se considera suficiente y se debe dejar constancia del proceso de información y del consentimiento del enfermo en la historia clínica.

La incompetencia del enfermo nos plantea un problema diferente. En primer lugar, se debe consultar el Registro de Voluntades Anticipadas por si hubiera dejado constancia escrita acerca de sus deseos en relación al final de la vida y quién es su representante. En el caso de que no hubiera registrado ningún documento se interrogará a la familia acerca de los valores del paciente, sus creencias y los deseos que pudiera haber manifestado en conversaciones mantenidas con ellos a lo largo de su vida o, sobre todo, si ha sido posible, a raíz de la enfermedad que estaba padeciendo y que le ha conducido a la situación actual. Si no hubiera dejado constancia de sus deseos se procederá a informar a su familia y recabar su consentimiento para la sedación.

4. PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN DE LA SEDACIÓN PALIATIVA/EN LA AGONÍA

Las consideraciones clínico-terapéuticas para el uso adecuado de la sedación son:

- 4.1. La existencia de una indicación terapéutica correcta efectuada por un médico: presencia de un síntoma o sufrimiento físico/psíquico refractario –delirium, disnea, dolor, hemorragia, náuseas/vómitos, sufrimiento psicológico– en un paciente con enfermedad terminal, en la fase final de la vida y, si fuera posible, validada por otro médico.
- 4.2. El consentimiento explícito del enfermo, o de la familia si éste fuera incompetente.
- 4.3. Se recomienda que los profesionales implicados estén totalmente informados del proceso, y que éste sea registrado en la historia clínica.
- 4.4. Que la administración de fármacos se haga en las dosis y combinaciones necesarias hasta lograr el nivel de sedación adecuado.
- 4.5. Aplicación de un Plan de Cuidados de Enfermería durante la sedación que contemple la monitorización y registro del proceso.

4.1. Tanto el diagnóstico del final de la vida como la confirmación de que nos hallamos ante un síntoma refractario pueden ofrecer dificultades. De este último ya se ha señalado al hablar de la indicación de la sedación cuál debe ser la pauta a seguir. En cuanto al primero –el diagnóstico de la fase final de la vida- se requiere una cuidadosa evaluación en la que además de la predicción clínica puede ser de utilidad el empleo de instrumentos validados para estimar la supervivencia o el estado funcional, como el índice PaP o la escala funcional de Karnofsky, y la presencia de factores pronósticos como los señalados en la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. 4.4. Predicción de la Supervivencia (en prensa).

4.2. Para la obtención del consentimiento resulta básico conocer el nivel de competencia del enfermo. A la hora de tomar decisiones resulta crucial evaluar la capacidad de comprensión de información relevante, de expresar los deseos y de conocer las implicaciones de la decisión que se va a tomar. La competencia del enfermo se debería valorar por un equipo con experiencia pudiendo ser de gran ayuda la coordinación con el médico de atención primaria. Una vez determinada la competencia del enfermo, que ha sido adecuadamente informado y que ha comprendido el alcance de dicha información, éste debe expresar explícitamente su deseo de sedación. En el caso de que el enfermo fuera incompetente o hubiera hecho explícito su deseo de no ser informado se acudiría al Registro de Voluntades Anticipadas con objeto de conocer si había suscrito un documento en el que hubiera dejado constancia de sus deseos en relación con la toma de decisiones en el final de la vida. En el caso de que no hubiera documentado sus preferencias se deberá consultar con sus familiares considerando los valores del enfermo así como las posibles conversaciones que pudiera haber tenido con ellos y que pudieran orientar a los profesionales acerca de cuál sería la mejor alternativa para el paciente. Deberá tenerse en cuenta que el médico de cabecera hubiera podido recoger sus deseos en diferentes consultas y que puede ayudarnos en la decisión. En cuanto a la información que debe recibir la familia debe reunir los mismos requisitos que se han descrito para obtener el consentimiento del enfermo.

4.3. Los profesionales implicados deben tener una Información clara y completa del proceso y efectuar el registro en la historia clínica. La enfermería es el grupo asistencial que de forma más cercana y continua atiende al enfermo en la fase final de la vida por lo que se considera conveniente su participación a la hora de tomar la decisión de proceder a una sedación paliativa. Una mala información o una participación deficitaria de los profesionales implicados en la decisión de la sedación pueden conducir a un procedimiento defectuoso que, en consecuencia, puede generar un mayor sufrimiento al paciente o a sus familiares. Tabla 1. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos.

4.4. Administración de fármacos. Como se describe en la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos de próxima publica-

ción existe poca evidencia científica con respecto a qué medicación y a qué dosis debe utilizarse para la sedación paliativa. Los grupos farmacológicos empleados habitualmente son las benzodiazepinas (midazolam), los neurolépticos (levomepromazina), los barbitúricos (fenobarbital) y los anestésicos (propofol) Los opioides se emplean de manera concomitante cuando el síntoma refractario a tratar es el dolor o la disnea. También si el enfermo los tomaba previamente. Tabla 2. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos.

Tabla 1. Resumen del proceso de la sedación (Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos) En prensa

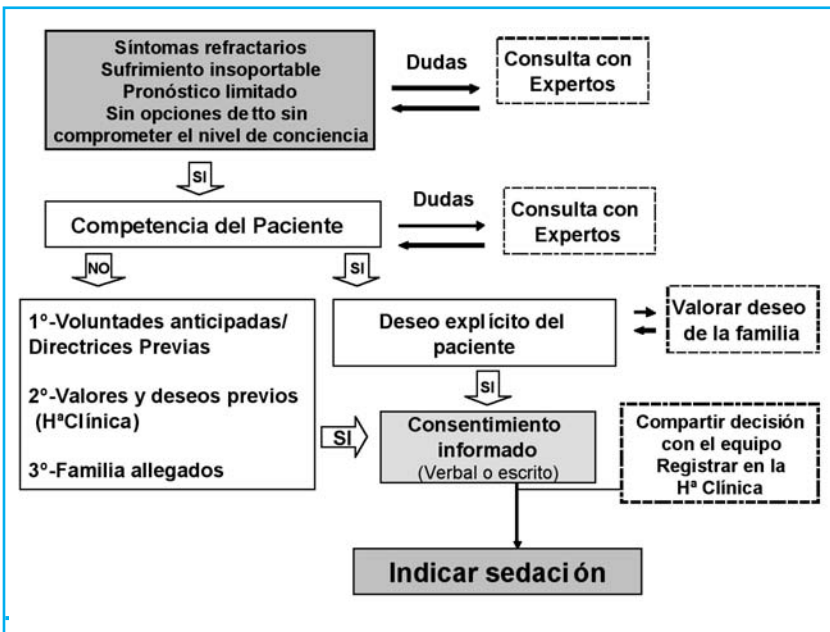


Tabla 2. Fármacos y dosis orientativas para la sedación paliativa. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. En prensa.

Fármaco	Dosis subcutáneas	Dosis intravenosas
Midazolam ^a (ampollas 15 mg/3 ml)	Inducción (bolus): 2,5-5 mg* Inicial ICSC: 0,4-0,8 mg/h* Rescate (bolus): 2,5-5 mg* Máxima diaria: 160-200 mg	Inducción (bolus): 1,5-3 mg cada 5 minutos Inicial ICIV: Inducción x 6 Rescate (bolus) = Inducción
Levomepromazina (ampollas 25 mg/1 ml)	Inducción (bolus): 12,5-25 mg Inicial ICSC: 100 mg/día Rescate (bolus): 12,5 mg Máxima diaria: 300 mg	
Propofol (viales 10 mg/ml)	No utilizado por vía SC	Inducción(bolus):1-1,5 mg/kg Inicial ICIV: 2 mg/kg/h Rescate (bolus): la mitad de la dosis de inducción

*: dosis doble en pacientes que ya tomaban previamente BZD.

ICSC: infusión continua subcutánea. ICIV: infusión continua intravenosa

^a: Vía de administración no contemplada en la ficha técnica

4.5. Aplicación de un Plan de Cuidados de Enfermería durante la sedación que contemple la monitorización y registro del proceso. El plan debe contemplar el cuidado de las vías aéreas (secreciones y riesgo de broncoaspiración), de la piel con especial atención a la higiene y a las úlceras por presión que puedan existir o generarse, complicaciones vasculares (flebitis) o urinarias (retención), la reduc-

ción de la ansiedad y del temor que se puede generar en la familia, así como la monitorización y la vigilancia de un nivel de sedación adecuado. En cuanto a la monitorización se recomienda utilizar instrumentos como la escala de Ramsay dejando constancia de ello en la historia clínica (tabla 3).

Tabla 3. Escala de Ramsay

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

5. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES EN LA SEDACIÓN PALIATIVA

Si existe una frase que concita el acuerdo general entre enfermos y familiares con los profesionales sanitarios es *“que no sufra”*. De hecho, la mayoría de los miembros de nuestra sociedad actual consideran que el sufrimiento no tiene sentido ni utilidad cuando el enfermo se ve abocado de manera irremisible a la muerte. Esto no sólo es así sino que muchos de nuestros conciudadanos no dudan en calificar de *“indigna”* a la muerte del paciente que va precedida de intensos dolores o de la postración más severa ocasionando su indefensión y dependencia absoluta. En consecuencia, no debe extrañar que alrededor de los vocablos *“dignidad”, “dolor”, “sufrimiento”,* se postulen distintas maneras de pensar persiguiendo un mismo objetivo: *el consuelo y el alivio del ser humano que se está muriendo*. Ni tampoco es casual que la consecución de una *“muerte digna”* sea el eslogan sobre el que profesionales, familiares, enfermos, diversas instituciones y asociaciones defiendan sus visiones particulares.

La existencia de una enfermedad terminal en la fase final de la vida con síntomas de origen físico, psíquico o espiritual, que generen un sufrimiento insoportable y refractario al tratamiento paliativo integral, es la situación en la que la deliberación sobre las distintas alternativas como la Limitación del esfuerzo Terapéutico (LET), la Sedación Paliativa/en la Agonía, el Suicidio Médico Asistido o la Eutanasia, alcanza todo su sentido. Las dos últimas opciones están penalizadas en nuestro ordenamiento jurídico lo que no es óbice para el debate social aunque si limite la claridad y sinceridad de las exposiciones.

Refiriéndonos a la Sedación Paliativa/en la Agonía la primera condición necesaria para su correcta consideración ética y legal es que desde el punto de vista médico esté indicada al agotarse el resto de las alternativas terapéuticas que no comprometen el nivel de conciencia del enfermo. La intencionalidad del profesional sanitario es clara: el alivio del sufrimiento del enfermo mediante una reducción proporcionada del nivel de conciencia con el uso de fármacos en las dosis adecuadas y convenientemente monitorizado. En dicha actuación terapéutica no se escapan ni un plan de cuidados que atiende las necesidades físicas, psíquicas y espirituales del enfermo y de su familia, ni el consenso y participación de los distintos profesionales sanitarios implicados. La sedación no tiene entre sus objetivos ni la curación ni la muerte del paciente. El enfermo se está muriendo con un sufrimiento insoportable que no responde a las medidas paliativas instauradas y con la sedación lo que se persigue es disminuir su nivel de conciencia con el propósito de calmarlo.

La segunda consideración necesaria es que el enfermo y su familia hayan sido informados de manera adecuada durante todo el proceso, que previamente se haya tenido en cuenta la competencia del paciente y que tras la comprensión de su situación nos dé su consentimiento para proceder a la sedación. Y en el caso del enfermo incompetente que se haya tenido en cuenta la posibilidad de que tenga registradas sus voluntades anticipadas o, en su defecto, que la familia informada con los mismos criterios que rigen la información al paciente nos proporcione su consentimiento delegado. Todo este proceso debe registrarse en su historial clínico ya que por las especiales circunstancias en las que se produce la sedación no se considera necesaria la suscripción de un documento de consentimiento informado.

NOTA:

Agradezco a los autores de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guías de práctica clínica de SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo (Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud) OSTEBA. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco (en prensa), que me han permitido utilizar las tablas del capítulo de la sedación para la confección de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ética y sedación al final de la vida – nº 9 – (2003) Cuadernos de la Fundació Víctor Grifols i Lucas.
2. SECPAL. Sociedad Española de Cuidados paliativos. www.secpal.com
3. Ética en cuidados paliativos. Guías de ética en la práctica médica. Fundación de Ciencias de la Salud. Madrid, 2006.
4. Sufrimiento, cuidados paliativos y responsabilidad moral. Javier Barbero. En Ética en cuidados paliativos. Edit. Triacastela, 2004. pág. 143-159.
5. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guías de práctica clínica de SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo (Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud) OSTEBA. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. (en prensa).
6. Protocolo de Sedación en paciente terminal. Hospital Donostia. Junio 2006.
7. La limitación del esfuerzo terapéutico. Dilemas éticos de la medicina actual - 20. Universidad Pontificia Comillas. Madrid 2006.
8. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Boletín Oficial del Estado de 15-11-02.

