

Los qué, cuándo, por qué y cómo de la sedación paliativa

Liliana H. Rodríguez

A pesar de que el uso de fármacos de acción sedante se considera adecuado en pacientes con enfermedades en fase terminal, la revisión de la literatura muestra grandes variaciones en lo que se refiere a la definición, el tipo de sedación, sus objetivos, la evaluación de resultados y las drogas utilizadas. Esta diversidad de criterios genera confusión y controversias e impide definir la prevalencia real de su uso y la comparación entre centros específicos. El objetivo de este trabajo es clarificar la terminología, las indicaciones y la aplicación de la sedación paliativa, dada la frecuencia de su empleo en el trabajo cotidiano, lo complejo de la toma de decisiones y las consecuencias esperables para el paciente, su familia y el equipo tratante.

INTRODUCCIÓN

Los aspectos físicos y psíquicos concretos que dan a la persona su carácter de ser humano único y singular se modifican desde etapas tempranas de enfermedades terminales, muchas veces en forma drástica, haciendo al enfermo dependiente de terceros en forma progresiva. *La capacidad de hacer* es afectada progresivamente hasta su desaparición. Con excepción de aquellas enfermedades neurológicas primarias o con afectación temprana del sistema nervioso central, la persona gravemente enferma suele conservar hasta etapas muy avanzadas, incluso en la agonía, conciencia de sí misma, lo que le permite mantener racionalmente su propia identidad psíquica y la comunicación con su entorno. Pero la presencia de síntomas severos (ya sean físicos como disnea, delirio, sangrados masivos, o psíquicos como angustia, ansiedad, depresión o severo sufrimiento existencial) puede obligar a disminuir y hasta anular esta conciencia racional cuando fracasan los tratamientos que preserven la percepción y función cortical. Esto se contrapone con los objetivos centrales de la atención paliativa, como es la mejora o el mantenimiento de las funciones esenciales e importantes de la persona, incluida la función de interacción, aun en situación de fin de vida.

En presencia de un síntoma refractario,¹ o sea aquel que no puede ser adecuadamente controlado, a pesar de los intensos esfuerzos para hallar un tratamiento tolerable, en un plazo de tiempo razonable sin que comprometa la conciencia del paciente, surge la indicación médica de aplicar una maniobra terapéutica con el objetivo de proteger al pacien-

te de un distrés físico o emocional que no puede lograrse sin alteración de la conciencia. Así llegamos al concepto de sedación paliativa: *la administración deliberada de fármacos sedantes, 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 explícito, implícito o delegado.*¹

¿QUÉ ES SEDACIÓN PALIATIVA?

Del análisis de la definición se desprende que:

- Es una maniobra terapéutica, es decir, una indicación profesional, sopesada y deliberada de disminuir el nivel de conciencia del paciente. Esto lo diferencia de la somnolencia que, como efecto adverso, presentan múltiples fármacos y que no es el objetivo primario de su aplicación.
- Se administra ante la presencia de un síntoma refractario, cuando han fracasado otras maniobras que no alteren la conciencia para controlar una situación física o psíquica del enfermo que es vivida como amenaza insuperable.
- Su objetivo es aliviar al paciente. Esto claramente excluye el pedido de familiares o amigos que no puedan afrontar la situación o el agotamiento de los profesionales asistentes.
- Tanto como sea posible, dado que no necesariamente el enfermo debe llegar al “coma farmacológico” para lograr alivio, muchas veces los estados de sedación parcial permiten controlar el sufrimiento.
- Se realiza con consentimiento, o sea se administra luego de una exhaustiva explicación de ventajas y consecuencias, ya sea al paciente mismo, si su condición así lo permite, o a sus familiares o responsables.

CLASIFICACIÓN

Según la temporalidad:

- Intermittente: es aquella que permite períodos de alerta del paciente ya sea porque la situación amenazante desapareció o se controló (p. ej., sangrados, crisis de ansiedad, realización de procedimiento, insomnio).
- Continua: la disminución del nivel de conciencia es de forma permanente, sin interrupciones.

Según la intensidad:

- Superficial: se titulan los fármacos a un nivel de alerta que permite la comunicación del paciente, ya sea verbal o no verbal.
- Profunda: aquella que mantiene al paciente en estado de inconsciencia.

Algunos autores prefieren dividir la sedación paliativa en:^{2,3}

1. Sedación ordinaria: cuando se emplean sedantes con el fin de aliviar un síntoma pero manteniendo el nivel de alerta. Este tipo de indicación es ampliamente utilizado en la práctica médica general y en cuidados paliativos para manejo de ansiedad, insomnio, ánimo depresivo, etcétera.
2. Sedación paliativa proporcional: empleo de fármacos sedantes en dosis iniciales mínimas o bajas, seguidas de dosis crecientes y controladas, según la respuesta de alivio de síntomas. Se puede llevar a la inconsciencia solo en aquellos casos en que no se logre alivio manteniendo la conciencia.
3. Sedación a inconsciencia: cuando de inicio se estima que será imposible lograr alivio preservando la conciencia, como en situación de agonía y presencia de síntomas severos como disnea, delirio, o sangrados o bien ante síntomas refractarios a otros procedimientos. En estos casos se emplean dosis iniciales mayores y se realiza una rápida titulación buscando la inmediata anulación del estado de alerta.

Estos encuadres no son contradictorios, ya que la sedación a inconsciencia es una sedación profunda, que puede ser intermitente o continua, mientras que la sedación proporcional hace referencia a lograr el nivel necesario de sedación, sea este superficial o profundo, que alivie al paciente. Considero importante resaltar que ninguna de las dos alternativas utiliza la clásica denominación "sedación terminal", ya que este término puede resultar confuso e interpretarse como que es la sedación la que termina con el paciente.⁴

¿QUÉ NO ES SEDACIÓN PALIATIVA?

SEDACIÓN VERSUS EUTANASIA^{1,5-7}

Si bien en la sociedad actual no se discute sobre la muerte, sí se hacen importantes planteos sobre el proceso del morir. Uno de los puntos cruciales en el debate ético sobre la sedación es que se ha equiparado la sedación a la eutanasia, lo cual ha generado una gran controversia.

Siguiendo los lineamientos de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, la distinción entre sedación y eutanasia recae esencialmente en los siguientes puntos:

Intencionalidad: en la sedación el médico prescribe fármacos sedantes con la intención de aliviar el sufrimiento del paciente frente a síntoma/s determinado/s. En la eutanasia el objetivo de la administración de fármacos, sean sedan-

tes o no, es provocar la muerte del paciente para liberarlo de sus sufrimientos. La sedación altera la conciencia del paciente buscando un estado de indiferencia frente al sufrimiento o la amenaza que supone el síntoma. Cuando la sedación es profunda la vida consciente se pierde. La eutanasia elimina la vida física.

Proceso: este es un aspecto esencial, ya que permite diferenciar claramente entre eutanasia y sedación, si bien ambos procesos requieren el consentimiento del paciente. En la sedación debe existir una indicación clara y contrastada, los fármacos utilizados y las dosis se ajustan a la respuesta del paciente frente al sufrimiento que genera el síntoma, lo cual implica la evaluación de dicho proceso, tanto desde el punto de vista de la indicación como del tratamiento. Este proceso debe quedar registrado en la historia clínica del paciente. En la eutanasia se utilizan fármacos en dosis y/o combinaciones letales, que garanticen una muerte rápida. **Resultado:** en la sedación, el parámetro de respuesta (de éxito) es el alivio del sufrimiento, lo cual debe y puede contrastarse mediante un sistema evaluativo. En la eutanasia el parámetro de respuesta (de éxito) es la muerte.

Se ha objetado que la supervivencia es muy breve desde la indicación de una sedación. Los trabajos disponibles muestran que no existen diferencias significativas en la supervivencia de los pacientes que precisaron ser sedados y de los que no requirieron sedación. Desde luego, realizar estudios que supongan que a un grupo de pacientes se los dejará sufrir para comprobar si viven más o menos que un grupo de pacientes sedados es inadmisibles desde el punto de vista ético. Posiblemente la necesidad de la sedación *sugiere más un indicador de una muerte inminente, que la causa de una muerte prematura.*

¿CUÁNDO Y POR QUÉ? INDICACIONES

La sedación se utiliza en los cuidados paliativos en varias situaciones:

1. Sedación transitoria de descanso en aquellos pacientes con insomnio o ansiedad.
2. Sedación transitoria para procedimientos previstos como dolorosos y/o significativamente incómodos.
3. Sedación transitoria como parte del cuidado de quemaduras o lesiones.
4. Sedación transitoria de emergencia ante episodios amenazantes (sangrados, crisis, ansiedad, etc.).
5. Sedación usada en el final de la vida para destete de soporte ventilatorio.
6. Sedación en el manejo de síntomas refractarios al final de la vida.
7. Sedación por sufrimiento psicológico o existencial.

Los puntos 1 a 4 son actividades de la práctica clínica general aplicables a pacientes que así lo requieran en cuidados paliativos y no difieren en su proceso. La sedación en el fin de la vida para destete del soporte respiratorio se

guía por los protocolos de cada servicio ante tal decisión.⁸ Los síntomas refractarios en situación de agonía y el sufrimiento existencial llevan a la indicación de sedación profunda continua o a inconsciencia.

Las principales causas de sedación paliativa profunda continua son el *delirium*, la disnea y el dolor refractarios. Otras causas frecuentes son la diátesis hemorragia y el sufrimiento psicológico (distrés), que conforman las 5 “D” de la sedación paliativa. La prevalencia de la práctica oscila desde el 5% al 50%; este rango es tan amplio debido fundamentalmente a la falta de definiciones claras de terminología y de objetivos comunes, lo que hace dificultosa la comparación de los estudios publicados por los diferentes centros.^{9,10}

Cuando un paciente con enfermedad avanzada y terminal, sin malestar físico severo, nos pide “dormir” porque su vida se tornó intolerable o sin sentido, es probablemente la situación más difícil que debemos enfrentar los profesionales de cuidados paliativos.

La experiencia de sufrimiento es un síndrome de etiología y expresión multiaxial, a veces protagonizado por un síntoma como disnea o dolor, pero generalmente con un origen más complejo, que en algunos trabajos se denomina distrés psicosocial o angustia vital. El sufrimiento es un estado de distrés más o menos permanente experimentado por el sujeto en el seno de una sociedad y cultura concretas, al enfrentar una amenaza percibida como capaz de destruir su propia integridad física o psicosocial, y ante la cual se siente vulnerable e indefenso. Sufrir es experimentar un mal o la privación de algún bien. El sufrimiento tiene su origen en la propia reacción ante los hechos y no solamente en la realidad de lo que está ocurriendo. Esta situación nos plantea la necesidad de reflexionar acerca de si es función de la medicina modificar el sufrimiento humano, considerando su parte esencial de experiencia de vida, y por otro la dificultad y gran variabilidad interpersonal para definir su refractariedad, dada la condición totalmente subjetiva del sufrir y la falta de herramientas validadas que permitan cuantificar el sufrimiento.

Siendo el objetivo de nuestra atención lograr el máximo confort del paciente y este se ve significativamente alterado si hay sufrimiento insoportable, debemos, sin medicalizar el sufrimiento humano, brindar la mejor ayuda disponible, aun si esta implica el empleo de sedación tendiente a su alivio.

¿CÓMO? PROCESO

En todos los casos de patologías terminales en los cuales la indicación de sedación paliativa se prevea necesaria en algún momento de su evolución, esta debe ser contemplada y discutida en forma temprana, tanto con el paciente y la familia como entre los integrantes del equipo tratante. Los puntos para considerar son:

1. La anticipación de sus efectos, tanto sea sobre la reducción de los niveles de conciencia y su consecuencia en las actividades intelectuales, la comunicación y la ingesta oral, como sobre los posibles riesgos, aunque infrecuentes, como agitación paradójica, retraso o falta del alivio buscado y la posibilidad de complicaciones, incluida la eventualidad de muerte. También deben analizarse los resultados esperados si no se realiza la sedación y el grado de sufrimiento persistente previsto para cada opción de tratamiento alternativa, relacionado con la supervivencia estimada.

2. El estado del paciente, que incluye la causa de distrés intolerable, los tratamientos que se han intentado, las limitaciones para uso de otras opciones de tratamiento y la supervivencia estimada, tomando en cuenta la evolución y extensión previa de la enfermedad, su respuesta o no a tratamientos, la condición funcional, el compromiso de órganos vitales por la patología principal o por enfermedades asociadas, la presencia de signos o síntomas definidos como de mal pronóstico (incapacidad de ingesta, caquexia, edemas, disnea, delirio).

3. La justificación de la sedación como único método disponible para lograr el alivio de los síntomas dentro de un marco de tiempo aceptable.

4. El consentimiento. Siempre que sea posible según su condición física y emocional, la toma de decisiones recae en el propio paciente con apoyo de la familia.

Para esto hay que analizar la capacidad de toma de decisiones por parte del enfermo, basándose en criterios estándar tales como:

- el paciente puede expresar su propia voluntad
- el paciente puede entender la información pertinente
- el paciente puede entender y reconocer las consecuencias de su elección.

Si la toma de decisión para sedación paliativa la efectiviza el propio paciente sin incluir en ello a su familia, debe participarse de lo decidido a la familia. Esto debe consensuarse con el paciente, presentándosele como parte esencial del proceso. Suele ser particularmente eficaz llevar a cabo parte de la discusión con el paciente en presencia de la familia seguida de una reunión solo con la familia para abordar sus preocupaciones particulares.

En el caso poco frecuente de pacientes que no permiten la discusión con su familia, las razones deben ser exploradas y debería estimularse la reconsideración de tal decisión, incluyendo el asesoramiento sobre el peligro al que la retención de información puede exponer a los miembros de la familia y/o el equipo tratante.

En algunas culturas el consentimiento familiar se percibe imprescindible, más allá de la voluntad del enfermo. En caso de discrepancia de decisión, se recomienda:

- Proporcionar información detallada y suficiente para ayudar a la familia a entender la decisión del paciente, su padecimiento y las condiciones propias de la sedación.
- Facilitar y potenciar la comunicación del enfermo con los miembros de su familia buscando consensuar una solución aceptable para todos.
- Proporcionar apoyo psicológico a las familias para aliviar los factores personales que puedan contribuir a conflictos, como ser el dolor o la culpa.

Mientras el paciente y su familia continúan discutiendo la decisión, el equipo de atención debe explorar las opciones de tratamiento disponibles, jerarquizando el beneficio y respeto por el paciente.

Si la capacidad de toma de decisiones está en duda, es preteritoria la evaluación de un experto en psiquiatría.

Si el paciente no está en condiciones de ejercer su autonomía y no hay documento de voluntad anticipada, el consentimiento debe ser dado por su representante legal o su familia. Es fundamental remarcar que la familia o los representantes no indican la sedación, sino que expresan lo que sería la voluntad del enfermo. La sedación es un procedimiento médico y, como tal, la indicación corresponde a los profesionales actuantes. El enfermo y/o su entorno consienten en su aplicación luego de considerar las opciones y consecuencias a la luz de sus principios, valores y expectativas en la situación concreta de enfermedad terminal.

En los casos en que el enfermo no pueda dar consentimiento, no tenga familiares o responsables legales ni documento de directivas anticipadas, y la evaluación médica en situación de fin de vida indique la sedación a inconsciencia, esta debe considerarse un estándar de buena atención, y su aplicación se hará cumpliendo los procesos de implementación y monitorización generales.

5. Estrategia de sedación: el método de sedación que se va a aplicar incluye las drogas por utilizar, la profundidad de la sedación prevista o buscada, la monitorización del paciente, la posibilidad de eventuales interrupciones transitorias hasta la opción de suspensión en determinadas y definidas circunstancias y los cuidados generales para mantener o suspender durante la sedación.

El nivel de sedación debe ser el más bajo posible que brinde alivio del síntoma que llevó a indicar la sedación, remarcando que para muchos pacientes un estado de sedación consciente, en el que se preserve la capacidad de responder, les permite controlar el síntoma manteniendo cierto grado de interacción. Por ello siempre debe considerarse comenzar con la implementación de una sedación leve, superficial, o bien empleando una sedación profunda intermitente y evaluar los resultados. Si la sedación superficial resulta ineficaz o el síntoma refractario reaparece al

disminuir el nivel de sedación, debe adoptarse la sedación profunda continua.

La implementación de inicio de sedación profunda continua puede ser seleccionada cuando

- la muerte se prevé en cuestión de horas o unos pocos días
- el sufrimiento es definitivamente refractario
- el paciente lo pide o desea explícitamente
- se producen eventos catastróficos, tales como la hemorragia masiva o la asfixia en el marco de fin de vida.

Siempre que sea posible, la sedación debe iniciarse en forma conjunta por, al menos, un médico con experiencia en control de fin de vida y un enfermero con formación en cuidados paliativos. El paciente debe ser evaluado al menos cada 20 minutos hasta lograr el nivel de sedación que controle el síntoma. Luego los controles deben realizarse al menos tres veces al día, evaluando el nivel de sedación y los efectos adversos (agitación paradójica) o complicaciones (aspiración, trombosis). Los ajustes de dosis, ya sea aumento o disminución, deben documentarse y justificarse según el nivel de conciencia y alivio obtenidos, utilizando en forma sistemática escalas validadas de sedación, por ejemplo Ramsay o RASS (*Richmond agitation sedation scale*) o CCPOP (*Critical-Care Pain Observation Tool* para evaluación del dolor en pacientes con deterioro de conciencia).

Si el objetivo de la sedación a inconsciencia es mantener el confort del enfermo hasta su muerte, que se prevé próxima, los parámetros clínicos para monitorizar son exclusivamente aquellos que se refieren al confort. De esta manera los controles de presión arterial, frecuencia cardíaca, glucemias, etcétera, dejan de ser esenciales, pero deben continuarse todas las acciones tendientes a la comodidad, como el cuidado de la boca, los ojos, posturas e higiene. Se ajustará el plan de cuidado de lesiones preexistentes teniendo en cuenta los riesgos potenciales y el real beneficio para el paciente en esta condición. La frecuencia respiratoria debe ser controlada buscando signos de efectos adversos graves de los medicamentos utilizados y/o de proximidad de muerte, pero no son necesarios controles de oximetría.

En los casos en que se planea usar la sedación a inconsciencia en forma intermitente (sedación de tregua) o se indica para control de sufrimiento existencial o síntomas psicológicos severos no estando el enfermo en situación de fin de vida, el soporte clínico general debe continuarse a fin de mantener los parámetros fisiológicos normales. En estos casos sí debe brindarse particular atención al control de frecuencia respiratoria y oximetría a fin de detectar tempranamente sobredosificación de drogas y realizar los ajustes necesarios o eventualmente revertirla.

La decisión sobre mantenimiento de hidratación y/o alimentación artificial son procesos independientes del de

sedación, si bien deben considerarse y definirse en cada caso particular cuando se decide iniciar sedación a inconsciencia, teniendo en cuenta los deseos del paciente y/o su familia, y la actitud de los profesionales actuantes, sopesando los beneficios esperables, los riesgos potenciales, basados en el objetivo de tratamiento: la paliación. Estas medidas pueden ser consideradas, según el caso, parte del soporte mínimo esencial que todo ser humano necesita o bien como medidas interpretadas como prolongación de la agonía y así pueden adecuadamente ser suspendidas.

En general los pacientes piden que se les alivie el sufrimiento, sin explicitar decisiones sobre hidratación o soporte nutricional. Este tema suele ser definido junto a las familias, considerando los mejores intereses del enfermo según sus valores y principios. En los casos en que la hidratación o nutrición artificial impliquen procedimientos o efectos que puedan exacerbar el malestar del paciente, estas medidas deben ser reducidas o suspendidas. Aquellos medicamentos cuyo objetivo de uso sea irrelevante o no estén destinados a alivio y confort en situación de fin de vida, deben suspenderse. Las decisiones de indicación o no de antibióticos, reanimación cardiopulmonar, soporte hemodinámico, asistencia respiratoria en cada caso particular deberán realizarse manteniendo la coherencia de criterio en su conjunto.

Los medicamentos utilizados para la paliación de los síntomas antes de iniciada la sedación deben continuarse, a menos que sean ineficaces o que sus efectos adversos generen malestar.

6. Soporte a la familia. La necesidad de llevar al paciente al estado de sedación profunda continua genera múltiples emociones, muchas veces perturbadoras, en los miembros de las familias. A pesar de ello es aconsejable estimularlos a estar con el enfermo, expresarle sus sentimientos y hasta despedirse. Incluso en la internación, las visitas deben permitirse con la libertad y privacidad necesarias para que todos sus integrantes, incluidos los niños, participen de estos momentos tan particulares de la historia familiar. El equipo profesional debe brindar apoyo a la familia, clarificando sus preocupaciones, validando su sentir, permitiendo la expresión de enojos o culpas para así facilitar la elaboración del duelo y brindando apoyo psicológico en los casos que lo requieran. A su vez se deben brindar consejos de cuidado, para que puedan continuar con su tarea de ayuda y acompañamiento: tareas sencillas como cuidado de la boca y de la piel, estar junto al paciente, hablarle, acariciarlo, ponerle su música o sus perfumes favoritos permiten a los familiares continuar con su deber de asistencia al ser querido.

Se debe informar periódicamente sobre la situación del paciente, los cambios realizados, las condiciones esperables, reafirmar que los tratamientos anteriores fueron ineficaces

y que la sedación no adelantará el momento de la muerte sino solo busca que el proceso de morir transcurra con el menor sufrimiento posible o deseable. Además se tendrán en cuenta los procedimientos administrativos, burocráticos, que la familia debe realizar al momento de la muerte del enfermo, dando prioridad y espacio físico o emocional para los rituales religiosos si así lo consideran.

La familia debe tener la posibilidad de contacto con el equipo tratante luego de la muerte del paciente, para permitir ventilar el dolor, elaborar las cuestiones que hayan quedado pendientes y evaluar el proceso de duelo.⁷⁻⁹

7. Registro: los resultados de estas discusiones deben ser documentadas en la historia clínica, incluyendo las razones médicas que justifican la sedación, la descripción de la toma de decisiones y el proceso de consentimiento, los objetivos esperados, la profundidad y duración prevista, la monitorización evolutiva una vez implementada la sedación, la justificación de ajustes de dosis o cambio de drogas, la definición de estrategias de soporte clínico general o los límites de implementación.

8. Cuidado del equipo profesional: la necesidad de sedación profunda continua en algún paciente también puede desencadenar en miembros del equipo profesional emociones no gratas, como enojo, frustración, angustia o impotencia. Esto suele suceder cuando tal medida se toma sin el debido consenso. A fin de evitar o mitigar estas situaciones en los profesionales es fundamental generar una cultura de participación general en la toma de decisiones, de discusión de casos, intercambio de saberes y de reflexión sobre la tarea con el objetivo de mejorar los procedimientos, al tiempo de generar debates multidisciplinarios en los cuales tener la oportunidad de expresar y validar sentimientos y elaborar los propios duelos.^{5-8,10}

¿CON QUÉ?

FÁRMACOS UTILIZADOS EN SEDACIÓN PALIATIVA

La elección del fármaco sedante dependerá del síntoma que indica la sedación, la disponibilidad de drogas, la vía de administración, el lugar de implementación y los recursos necesarios para su aplicación.

Cuando el síntoma refractario sea disnea o sufrimiento existencial severo, o haya riesgo inminente o presencia de sangrado masivo, la elección inicial son las benzodiacepinas. Es fundamental descartar síndrome confusional agudo, ya que en esta condición el empleo de benzodiacepinas puede exacerbar el delirio.

Las benzodiacepinas reducen la ansiedad causando amnesia residual y tiene acción sinérgica con los opiáceos, antipsicóticos, anticonvulsivantes. Todas las benzodiacepinas pueden causar agitación paradójica y depresión respiratoria, el uso del antagonista flumazenil en los casos

de reacción adversa grave permite revertir la situación. El midazolam es la droga más ampliamente utilizada, de rápido inicio de acción, pero dada su vida media corta requiere el uso de infusiones continuas si se busca un efecto sostenido. Puede administrarse tanto por vía subcutánea como intravenosa.

El lorazepam es de acción rápida, tiene vida media intermedia, por lo que puede administrarse en bolos subcutáneos o intravenosos con 2 a 4 horas de intervalo de dosis. Su titulación es más dificultosa.

En los casos en que el delirio sea el síntoma por tratar o en aquellos en que las benzodiazepinas bien tituladas no lograron el efecto esperado, está indicado el uso de neurólépticos. En nuestro medio la droga de primera línea es la levomepromazina, que reúne efecto antipsicótico con acción sedante y es una fenotiazina de rápido inicio de acción, vida media intermedia que permite su uso en bolos intravenosos o subcutáneos; se han demostrado efectos analgésicos propios, si bien esta condición no permite la suspensión de las drogas analgésicas. La clorpromazina, también disponible para uso subcutáneo e intravenoso, tiene vida media más prolongada. Por el bajo efecto sedante, a pesar de buena acción en el delirio, no se recomienda iniciar sedación con haloperidol.

Los barbitúricos son drogas fiables que causan rápida inconsciencia y, dado su mecanismo de acción diferente de los grupos anteriores, se emplean en asociación con aquellas cuando no se logra el efecto sedante buscado. La droga más utilizada es el fenobarbital, con acción anticonvulsivante, de rápido inicio de acción y vida media prolongada; puede administrarse tanto en infusión como en bolos intravenosos o subcutáneos, pero no mezclándolo con otras drogas.

En los casos excepcionales en que, a pesar de una adecuada titulación y ajuste de asociación de los fármacos antes mencionados no se logra la sedación necesaria que alivie al enfermo, la opción es el empleo de drogas anestésicas. Tal el caso de propofol, droga de rápido inicio de acción y vida media ultracorta, que puede aumentar el riesgo de convulsiones, requiere monitorización precisa, uso de infusión intravenosa, recambio de los infusores con descarte de la droga preparada no infundida cada 12 horas. Su empleo se limita al medio hospitalario.

Los opioides no son drogas de acción sedante por lo cual no están indicadas para sedación. Si bien producen somnolencia al inicio del tratamiento, el deterioro del sensorio es una manifestación de toxicidad que se acompaña de di-

ferentes grados de excitabilidad del sistema nervioso (delirio, mioclonías hasta convulsiones). El tratamiento que recibía previamente el paciente debe ajustarse balanceando el adecuado control de síntomas.^{5-8,10}

CONCLUSIONES

La falta de terminología clara y unificada hace que los datos disponibles en la literatura sobre sedación paliativa sean muy dispares. Referirse al nivel de sedación buscada (profunda o superficial), al tiempo de aplicación (intermitente o continua) haciendo mención a la causa de su aplicación (procedimiento, agonía, o sufrimiento extremo) define el tipo de sedación paliativa por utilizar.

La sedación proporcional, aquella que busca el alivio preservando al máximo posible la capacidad de comunicación o interacción del enfermo, suele ser eficaz en la mayoría de los pacientes, aun en situación de fin de vida. Se reserva la sedación a inconsciencia, profunda y continua para aquellos casos en que mantener nivel de alerta sea ineficaz.

La justificación del uso de sedación a inconsciencia se sustenta en el imperativo moral del médico de aliviar el sufrimiento, sea físico o vital, la inexistencia de alternativa terapéutica eficaz que preserve la conciencia del enfermo y la voluntad del enfermo de que así sea.

A pesar de ser la mejor herramienta disponible al momento para aliviar síntomas o sufrimiento refractario a otras medidas durante el trance de morir, no evita que este proceso pueda percibirse como desagradable. La implicación emocional de los allegados al paciente es intensa, las horas suelen vivirse como interminables y la presencia del equipo sanitario completo, acompañando, informando, transmitiendo seguridad y serenidad es determinante para aliviar esta experiencia.

La sedación paliativa profunda continua es un tratamiento técnicamente sencillo cuya complejidad no deriva de su finalidad (el alivio de síntomas y/o sufrimiento refractarios), ni de la combinación o vía de administración de los fármacos que se utilizan, sino de la toma de decisiones que justifican la disminución de la conciencia y el cumplimiento de los procesos que garanticen que el objetivo se alcance. La falta de atención a los riesgos potenciales o el incumplimiento de normas de buena práctica puede llevar a problemas nocivos y acciones poco éticas que socavarían la credibilidad y la reputación de los médicos e instituciones responsables, mostrando a la sedación paliativa como un velo que encubre la eutanasia.

REFERENCIAS

1. Comité de Ética de SECPAL. Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos. *Med Pal.* 2002; 9(1):41-6.
2. Quill TE, Lo B, Brock DW, et al. Last-resort options for palliative sedation. *Ann Intern Med.* 2009; 151(6):421-4.
3. Davis MP. Does palliative sedation always relieve symptoms? *J Palliat Med.* 2009;12(10):875-7.
4. Koh YH, Lee OK, Wu HY. "Palliative" and not "terminal" sedation. *J Pain Symptom Manage.* 2009; 37(4):e6-8.
5. Porta y Sales J, Gómez Batiste X, Tuca A. Control de síntomas en cáncer avanzado y terminal. Madrid: Arán; 2004.
6. Bruera E, Higginson IJ, Ripamonti C, et al. Textbook of palliative medicine. London: Hodder Arnold; 2006. Chapter 103, p.978-87.
7. Gómez Sancho M, López AP, López Imedio E. Avances en cuidados paliativos. Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS; 2006. Capítulos 95 a 97.
8. Cherny NI, Radbruch L; Board of the European Association for Palliative Care. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med.* 2009; 23(7):581-93.
9. Mercadante S, Intraivaia G, Villari P, et al. Controlled sedation for refractory symptoms in dying patients. *J Pain Symptom Manage.* 2009; 37(5):771-9.
10. Hauser K, Walsh D. Palliative sedation: welcome guidance on a controversial issue. *Palliat Med.* 2009; 23(7):577-9.