

# SEDACIÓN



*Es una maniobra terapéutica utilizada con frecuencia en medicina, indicada en situaciones en las que la **única forma de aliviar** el dolor o distrés psicológico de un paciente es disminuir, tanto como se precise, el nivel de conciencia.*

## INDICACIONES

- *Procedimiento terapéutico.*
- *A causa de las manifestaciones o síntomas de una situación clínica concreta.*
- *Procedimiento diagnóstico del enfermo.*

**Identificamos 3 situaciones en las que estaría indicada la Sedación en Cuidados Paliativos:**

## 1 . SEDACION TRANSITORIA:

- Afrontar un **proceso doloroso** (desimpactación fecal, gastrostomía, cura UPP, ...), o durante un **periodo de tiempo limitado** (sedación nocturna para control de insomnio).
- El procedimiento habitual consiste en la **administración** de una **BDZ**, para asegurar el mínimo malestar.
- Se considera una **buena praxis** explicar al paciente y a la familia el procedimiento, las razones y la necesidad de una sedación durante este periodo determinado de tiempo.
- El nivel de conciencia debe ser disminuido tanto como precise para **garantizar el confort** del paciente.
- Semejante** al procedimiento en **otras áreas de la medicina**.
- Reversible** siempre.

## 2 .SEDACIÓN TERMINAL

Administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para **reducir la conciencia** de un paciente con una **enfermedad avanzada o terminal**, tanto como sea preciso para **aliviar** adecuadamente uno o más **síntomas refractarios** al tratamiento habitual y con su **consentimiento** explícito, implícito o delegado.  
**Reversible o irreversible.**

- Cuando el paciente presenta un **síntoma distresante** de carácter persistente (disnea persistente y severa, ansiedad, delirium no controlado, sangrado incontrolable,...).
- Cuando el malestar persiste más allá de un tiempo razonable y tras haber **ensayado los tratamientos disponibles** y estos han fracasado, el equipo puede considerar que se encuentra ante un **síntoma refractario** (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,

diferenciarlo de **síntoma difícil**: para su adecuado control precisa de una intervención terapéutica intensiva , más allá de los medios habituales, tanto desde el punto de vista farmacológico, instrumental y/o psicológico) e indicar este procedimiento terapéutico.

- Este abordaje persigue la **disminución del distrés psicológico** producido por el síntoma.

- Al igual que ante cualquier otro procedimiento clínico, el procedimiento de toma de decisiones, el consentimiento y la administración de fármacos y los resultados obtenidos deben quedar **correcta y detalladamente registrados en la historia clínica**.

- La **comida y la bebida** se ofrecerán al paciente de acuerdo con sus deseos y posibilidades de ingesta.

### **3. SEDACIÓN PALIATIVA**

- Aún no tratándose de pacientes en los que se prevea una muerte inminente lo más frecuente es que el **estado general** del paciente se deteriore en algunos días o semanas a consecuencia del progreso de la enfermedad o de cambios metabólicos asociados a la misma, haciendo que el paciente esté progresivamente más **letárgico**, llegando finalmente a la **muerte**

La sedación paliativa consiste en administrar 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 una paciente cuya muerte se prevé muy próxima y con su **consentimiento** explícito, implícito o delegado. Es previsiblemente irreversible.

- Esta última situación corresponde a los pacientes que se encuentran en **situación agónica o de últimos días**.
- El **tiempo real** para los ajustes terapéuticos y la toma de decisiones **es breve**, por lo que la mayoría de las veces el síntoma acaba considerándose **refractario en poco tiempo**.
- Con **frecuencia** en los últimos días u horas de vida presentan un **fallo cognitivo**, lo que **impedirá un consentimiento del propio paciente** (a diferencia de los otros tipos de sedación en paliativos), aunque siempre debe intentarse, **es habitualmente la familia quien lo facilita**.

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

- Proceso gradual y continuado**, en ocasiones plasmado en un documento, mediante el que un paciente capaz y adecuadamente informado por su médico, acepta o no someterse a determinados procedimientos diagnósticos o terapéuticos, en función de sus propios valores.
- No es un documento**, sino un **proceso**, mediante el cual se ofrece información de forma continua, para ir asumiendo de manera compartida las decisiones que se van adoptando.
- El modo concreto de plasmar el CI dependerá de cada procedimiento y situación, muchas veces bastará con las **anotaciones en la historia clínica** sobre la indicación, el proceso seguido en la toma de decisiones y la monitorización de los resultados.
- Estrategia terapéutica **efectiva** en el control de **síntomas refractarios** al final de la vida.
- La **mayoría de trabajos** publicados hacen referencia a lo que hasta ahora hemos denominado **SEDACIÓN TERMINAL**.
- La **frecuencia de ST** varía mucho entre estudios, siendo la frecuencia media: **20-25%**.

- La **incidencia de síntomas refractarios** en la bibliografía oscila en un intervalo del **16-52%**.
  
- Las **indicaciones más frecuentes** son:
  - **DELIRIO** (la más frecuente).
  - **Disnea**.
  - **Dolor**.
  - **Distrés psicológico**, esta última no suele quedar definida en los estudios y podría incluir situaciones de angustia, delirium y otras causas.
  
- Principal vía de administración de fármacos (80%) es la **subcutánea**, en infusión o bolus.
- **Supervivencia** tras sedación es de 2-3 días.
- Hay pocos estudios en los que se compare la supervivencia de los pacientes sedados y los que no lo fueron, siendo incapaz ninguno de ellos de mostrar diferencias estadísticamente significativas.  
(Sykes et al. Arch Inter Med 2003; 163:341).
  
- Esta amplia variabilidad en la proporción de pacientes que requieren sedación según las diferentes series sugiere una **ausencia de consenso** sobre el uso de la misma, por lo que cada vez más se proponen guías clínicas para esta práctica.

## **GUIA CLINICA PARA SEDACION PALIATIVA.**

**Universidad de Calgary. Alberta. Canadá**

### **Criterios para el uso de Sedación Paliativa:**

1. **Enfermedad terminal**
2. **El paciente debe sufrir síntoma/s refractarios** (importante diferenciarlo de síntoma de difícil control ).
3. **Muerte inminente** (días).
4. **Obligatoriamente debe existir orden de No RCP.**

( Braun TC et al. J Palliat Med 2.003; 6: 345 – 350 )

### **PASOS PREVIOS al inicio se SP:**

- Médico responsable debe tener la seguridad de que se trata de un **síntoma refractario**, utilizando para ello los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que justifiquen esta refractariedad, en el caso de que algunos procedimientos no puedan o deban ser utilizados, ha de indicarse la razón de ello (1). Todo este proceso requiere experiencia, habilidades y formación en el manejo de paciente con enfermedad terminal (**equipos especializados** ).
- Debido a las implicaciones clínicas, éticas y legales, acentuadas por la controversia actual, tiene especial importancia la discusión con la familia y cuando es posible con el enfermo (2), de la estrategia terapéutica (**consentimiento informado**). No es necesario un documento específico que firme el enfermo o la familia. El hecho de registrarlo en la historia clínica de forma clara es suficiente y necesario.

- ✓ Una vez tomada la decisión de **Sedación**:
  - **Reevaluación sintomática** para la elección del tipo y dosis de fármaco a emplear ( individualizada ).
  - **Monitorización** continua y regular del proceso de ajuste de la sedación, monitorización de los parámetros de respuesta, tales como el nivel de conciencia y ansiedad.
  - Una **escala** muy sencilla y ampliamente utilizada en UCI y que puede adaptarse perfectamente a las necesidades en CP:

#### **Escala de Ramsay:**

Nivel I: agitado, angustiado

Nivel II: tranquilo, orientado y colaborador

Nivel III: respuesta a estímulos verbales.

Nivel IV: respuesta rápida a la presión glabellar o estímulos dolorosos.

Nivel V: respuesta perezosa a la presión glabellar o estímulos dolorosos.

Nivel VI: no respuesta.

- ✓ La sedación paliativa supone una situación de **gran impacto emocional para la familia**.
- ✓ Los **factores** que **mayor nivel de stress** producen los **familiares** son:
  - Pobre alivio sintomático tras la sedación.
  - Sensación de carga por la responsabilidad en la toma de decisiones.
  - No adecuada preparación para los cambios que se están produciendo en la situación del paciente.
  - Insuficiente información.

- Sensación de que el equipo asistencial no es lo suficientemente compasivo.
- Brevedad en el intervalo hasta la muerte del paciente.
- Conciencia de que la sedación puede acortar la vida del paciente.

( Morita T. et al J Pain Symptom Manage 2.004; 28: 557-565 ):

- Con los resultados anteriores, el grupo del estudio propone una serie de **claves** para **mejorar la satisfacción y aliviar el stress familiar**:
  - **Información amplia , regular y frecuente sobre todo el proceso de sedación antes , durante y tras el mismo, si es necesario.**
  - **Monitorización periódica de los síntomas.**
  - **Compartir la responsabilidad en la toma de decisiones.**
  - **Soporte emocional intenso desde un estadio temprano.**

( **Morita T. et al J Pain Symptom Manage 2.004; 28: 557-565** )

- El fármaco utilizado con mayor frecuencia es el **midazolam**:
  - BZD de acción corta.
  - Hidrosoluble e indoloro vía SC, por vía IV cambia a lipofílico y alcanza rápidamente el SNC.
  - Hay que tener presente que , clínicamente, existe un punto a partir del cual la dosis de una BZD produce el **efecto máximo** posible sobre el sistema inhibitorio GABAérgico (**120 - 160mg/día** para el midazolam). A partir de este punto el incremento de la dosis es inútil, por lo que hay que asociar otro tipo de fármacos.
  - Existe un riesgo de agitación paradójica inherente a todas las BZD. Por ello una buena alternativa en estos casos pueden ser los neurolépticos sedantes (**levomepromazina 1o clorpromazina**).

- **Haloperidol:**

su uso elevado puede atribuirse más a sus propiedades antipsicóticas que a sus efectos sedantes y es congruente con el alto porcentaje de delirium como indicación de ST.

- **Morfina:**

Su indicación principal es como analgésico y por eso muchos trabajos sobre ST no dan cifras sobre su uso.

Uso de morfina exclusivamente como sedante no es una buena praxis, ya que se dispone de fármacos con mejor perfil sedante.

- Se utilizan en ST para casos de resistencia, tolerancia o agitación por BZD o NL sedantes: Propofol, fenobarbital.

Aunque existen unas dosis de inicio y mantenimiento para todos y cada uno de los fármacos utilizados, deben **titularse** de forma continua e individualizada a lo largo de las 24 horas.

Se recomienda **infusión intermitente** en pacientes que requieren una sedación transitoria o con pronóstico de vida < 24 h.

Se recomienda **ICSC o ICEV** en pacientes que requieren sedación paliativa para un síntoma refractario a tratamiento y/o con pronóstico vital > 24 h.

### **DIFERENCIAS CON EUTANASIA**

	<b>SEDACIÓN</b>	<b>EUTANASIA</b>
<b>INTENCIONALIDAD</b>	Aliviar sufrimiento frente a síntomas determinados	Provocar muerte para liberar del sufrimiento
<b>PROCESO</b>	Debe existir indicación clara	Precisa fármacos a dosis letales
<b>RESULTADO</b>	Alivio sufrimiento	muerte

## **CONCLUSIONES**

- La sedación paliativa es una **maniobra terapéutica** indicada para el tratamiento de los síntomas refractarios **en pacientes en fases avanzadas**.
- La sedación paliativa tiene unos requerimientos éticos y técnicos precisos, por lo que su utilización ha de ser claramente razonada y plasmada ( **CI** ).
- La sedación paliativa **no** es **eutanasia** encubierta, las diferencias recaen tanto en el objetivo como en la indicación, procedimiento y resultado.
- La sedación paliativa, como cualquier otra terapéutica, puede ser objeto de **mala praxis**, lo cual debe combatirse con mayor formación ética y en cuidados paliativos.
- La sedación está indicada para el **manejo del sufrimiento producido por el síntoma en el paciente**, no para el manejo de la angustia de la familia o el agotamiento del equipo, estas situaciones se manejaran de otra manera.

## **AUTORES**

**Mario Cortés Béjar** (Grupo de cuidados paliativos de la srmFYC).

Marta Palomera García.

Lourdes Ferreira Laso.

Nerea Gurucharri Zurbano.