

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Sedación paliativa en enfermedad terminal

Palliative sedation in terminal disease

Valeria Quintero Carreño^a, Catalina Martínez Vásquez^b, Claudia Agámez Insignares^c

Fecha de sometimiento: 19/06/2020, fecha de aceptación: 23/02/2021
Disponble en internet: 1/07/2021
<https://doi.org/10.35509/01239015.702>

Abstract

Palliative sedation (PS) is frequently applied in some patients with terminal illness, who are near the end of life, to ameliorate unendurable and refractory distress; it is considered an effective treatment modality for the management of refractory symptoms when aggressive efforts do not provide relief. PS consists of the use of medications that induce sedation and decrease the level of consciousness with the aim of relieving intolerable suffering in the last days of life. The most frequent physical refractory symptoms are pain, delirium, and dyspnea, but PS is also indicated to treat existential suffering or psychological distress, which is an extremely difficult and delicate problem. PS has been widely debated given its obvious ethical, sociocultural, and decision-making implications. It has been reported that PS is given to 2-52% of patients with terminal illness; studies have suggested that PS is successful in managing intractable symptoms at the end of life, satisfactory for family members, and does not have detrimental effects on survival.

Keywords: sedation, end of life, palliative care, refractory symptoms, terminal illness, suffering

Resumen

Algunos pacientes con enfermedad terminal que están cerca del final de la vida pueden experimentar un sufrimiento intolerable dado por síntomas refractarios a las terapias paliativas específicas. La Sedación Paliativa (SP) se considera una modalidad de tratamiento eficaz para el manejo de estos síntomas refractarios cuando los esfuerzos agresivos no proporcionan alivio. La SP consiste en el uso de medicamentos que inducen sedación y disminución del nivel de conciencia con el objetivo de aliviar el sufrimiento intolerable en los últimos días de la vida. Los síntomas físicos refractarios más frecuentes son el dolor, delirium y disnea, sin embargo, la SP también se indica para tratar el sufrimiento existencial o la angustia psicológica, que es un problema extremadamente difícil y delicado. La SP ha sido ampliamente debatida por las obvias implicaciones éticas, socioculturales y de toma de decisiones. Se ha reportado que la SP se administra en una proporción que va del 2% al 52% de los pacientes con enfermedades terminales. Los estudios han sugerido que la SP es exitosa en el manejo de los síntomas intratables al final de la vida, no genera efectos perjudiciales sobre la supervivencia y es satisfactoria para los familiares.

Palabras clave: sedación, final de la vida, cuidados paliativos, síntomas refractarios, enfermedad terminal, sufrimiento

Introducción

Los pacientes que padecen una enfermedad terminal presentan frecuentemente síntomas graves durante la última fase de sus vidas (1). En la mayoría de los casos, estos síntomas pueden controlarse con éxito; sin embargo, en algunos pacientes los síntomas siguen siendo incontrolables a pesar de los múltiples esfuerzos por parte del equipo médico para paliarlos, convirtiéndose en los denominados “síntomas refractarios”, los cuales pueden ser físicos o psicoexistenciales (1, 2). Los síntomas refractarios tienen un efecto negativo que impacta directamente en el funcionamiento y en el bienestar del paciente, aumentando a medida que el paciente se acerca al final de la vida e interfieren con un proceso de muerte pacífica (1).

^a. Especialista en Medicina Familiar. Especialista en entrenamiento en Dolor y Cuidados Paliativos. Universidad Militar Nueva Granada. Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá, Colombia.

^b. Médica Universidad de los Andes. Residente Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos. Universidad de la Sabana. Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá, Colombia.

^c. Especialista en Medicina Familiar. Especialista en Dolor y cuidados paliativos. Docente Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá, Colombia.

El concepto de “Sedación Terminal” fue introducido por primera vez en la literatura sobre cuidados paliativos por Enck (3) en 1991; este término se consideró confuso e inapropiado dado que implicaba que el objetivo era acortar la vida, por lo que actualmente se utiliza el término “Sedación Paliativa” (4), la cual consiste en el uso de medicamentos sedantes con el objetivo de aliviar los síntomas intolerables y refractarios por medio de la reducción del nivel de la consciencia, sin afectar la supervivencia del paciente (2). La SP se reserva como último recurso en el tratamiento de síntomas refractarios en los pacientes con enfermedades oncológicas y enfermedades crónicas avanzadas en situación del fin de la vida, cuando la muerte es anticipada o inminente (1, 4). La sedación al final de la vida tiene implicaciones no solamente médicas, sino psicosociales, legales y éticas que deben ser tomadas en consideración antes de su aplicación (4, 5).

En el contexto latinoamericano, un estudio descriptivo y retrospectivo de 274 pacientes realizado en Uruguay por Santos et al. en 2009, reportó una prevalencia de uso de SP del 23,5% (6, 7); los motivos de sedación fueron: delirio (60,3%), dolor (44,8%), disnea (17,2%), convulsiones (3,4%) y vómito (1,7%); en la mayoría de los países de la región los estudios para determinar el uso de SP son escasos (6).

En Colombia se destaca el trabajo de Parra et al. en 2018, un estudio descriptivo prospectivo que incluyó 66 pacientes con cáncer avanzado, el cual reporta una prevalencia de SP del 2%; las principales indicaciones de sedación fueron: disnea (59%), delirium (45%) y dolor (32%); tanto las características de la población, como indicaciones, forma de uso y resultados del tratamiento son consistentes con los resultados de otras poblaciones. Sin embargo, llama la atención la baja prevalencia de SP en pacientes con enfermedad oncológica en comparación con otros informes; una de las posibles razones expuestas por Parra et al. incluyen el moderado desarrollo de cuidados paliativos en nuestro país, así como los conceptos erróneos sobre la SP(8).

El objetivo de este artículo es proporcionar una revisión de la literatura a manera de estado del arte, dirigida a personal médico no perteneciente a cuidados paliativos, con el fin de ampliar conocimientos y aclarar conceptos erróneos sobre la SP en pacientes con enfermedades terminales cercanas al final de la vida. Se enfatiza en definiciones, indicaciones y fármacos utilizados en SP, así como las consideraciones

a tener en cuenta en el abordaje y comunicación, tanto con el paciente como con sus familiares, aspectos relacionados con el impacto de la SP en la supervivencia, aspectos legales y éticos, así como el mantenimiento de nutrición y/o hidratación en el escenario del paciente en etapa final de la vida.

Metodología

Para la presente revisión, se realizó la búsqueda sistemática de artículos en base PUBMED y ScienceDirect, utilizando los términos MESH: “sedation” AND “end of life”; “palliative care” AND “refractory symptoms” AND “terminal illness” AND “suffering”. Búsqueda en base LILACS con términos DECS: “sedación” y “fin de vida”; “cuidados paliativos” y “síntomas refractarios” y “enfermedad terminal” y “sufrimiento”. Se incluyeron fuentes primarias y secundarias que cumplieran los filtros de búsqueda: disponibles en texto completo y escritos en español o inglés. La selección fue realizada de manera independiente por 2 autores. Se filtraron por los criterios de búsqueda un total de 62 publicaciones, de las cuales se realizó una selección manual de 51 que cumplían con los criterios de inclusión; las 11 publicaciones restantes fueron excluidas debido a que el tema no se relacionaba con la presente revisión.

Definición

La Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC, por sus siglas en inglés) define la SP como:

“El uso monitoreado de medicamentos destinados a inducir un estado de conciencia disminuida o ausente (inconsciencia) para aliviar la carga de sufrimiento que de otro modo sería intratable de una manera ética aceptable para el paciente, la familia y los profesionales de la atención médica” (9).

Otra definición para mencionar es la de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) (10), la cual describe la SP como la “administración 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” (10).

La SP se lleva a cabo mediante la administración de medicamentos sedantes en entornos supervisados; tiene como objetivo inducir un estado de disminución de la conciencia o ausencia de conciencia (inconsciencia), y su intención es aliviar la carga

del sufrimiento intolerable para los pacientes con enfermedades terminales (11).

La SP se debe diferenciar de la eutanasia. Según la EAPC, en la sedación paliativa el objetivo es aliviar el sufrimiento usando fármacos sedativos titulados y de manera proporcionada con la intención de controlar los síntomas (1, 12). En la eutanasia, la intención es poner fin a la vida del paciente administrándole un fármaco a dosis letales (12). Eso significa que la SP, correctamente indicada en la dosis y vía adecuada, no es un “atajo” para llegar al mismo objetivo de la eutanasia (1). No existe evidencia de que la SP administrada correctamente acorte la vida de los pacientes (11, 13).

En la SP se consideran una serie de parámetros específicos, incluido el pronóstico a corto plazo, la proporcionalidad de la intervención, la efectividad de la sedación a través de una monitorización adecuada y la refractariedad de los síntomas (14); no es una intervención fija sino un proceso dinámico que puede adaptarse a las necesidades del paciente (14).

Síntomas refractarios

El término “refractario” hace referencia a los síntomas que no se pueden controlar adecuadamente a pesar de los esfuerzos agresivos para identificar una terapia tolerable que no comprometa la conciencia (15). El dolor, la disnea, el delirium hiperactivo, el vómito y la angustia psicológica se encuentran entre los síntomas refractarios más comunes de los pacientes con cáncer que se acercan al final de la vida (16, 17).

Los criterios diagnósticos para considerar que un síntoma es refractario incluyen una percepción médica de que las intervenciones invasivas y no invasivas son: (i) incapaces de proporcionar un alivio adecuado, o (ii) están asociadas con una morbilidad aguda, crónica excesiva o intolerable, o (iii) es poco probable que proporcionen alivio dentro de un plazo tolerable (15).

Epidemiología

Aunque la sedación paliativa no es un procedimiento fácilmente medible, en parte debido a las inconsistencias con respecto a su definición y a las diferencias en la selección de la población de estudio, su uso se está generalizando (18, 19). Los datos de la literatura muestran que la práctica de la sedación paliativa está aumentando en hospitales, hogares

geriátricos, hospicios y en el entorno de atención domiciliaria, con una incidencia general de uso en un 4% a 36% de todas las muertes (15, 19). La prevalencia citada para los síntomas refractarios en pacientes con enfermedades terminales que necesitan sedación se sitúa entre 10% y 50%, con una estimación media de 20% a 30% (16, 20). Los números de prevalencia más altos tienden a provenir de estudios en los Países Bajos (16).

En una revisión sistemática de la literatura de 2012 —sobre la sedación paliativa utilizada en pacientes con cáncer terminal durante un período de 30 años—, la población en estudio fue de 774 pacientes, quienes recibieron sedación paliativa para tratamiento de: delirium 54%, para disnea 30%, para el dolor 17% y para vómito refractario 5% (17, 21, 22). En la misma revisión, el 19% de los pacientes recibió sedación paliativa para manejo del sufrimiento existencial y angustia psicológica (21, 23).

Indicaciones de Sedación Paliativa

La sedación paliativa está indicada tanto en adultos como en niños, con enfermedad incurable avanzada terminal para aliviar los síntomas graves que son refractarios a otras formas de tratamiento (15, 24). Se utiliza más comúnmente para el tratamiento del dolor, disnea, delirium hiperactivo, vómito y convulsiones (24). Sin embargo, el uso de sedación paliativa también se ha indicado para el tratamiento de síntomas no físicos (por ejemplo, ansiedad, desesperanza, miedo) o sufrimiento existencial, caracterizado por sentimientos de impotencia, desesperanza y miedo a la muerte (17, 19, 25). Lo anterior es ampliamente controvertido debido a que el sufrimiento existencial no está universalmente definido o claramente entendido, es difícil para los profesionales de la salud evaluar su naturaleza intratable y brindarle un tratamiento adecuado; por lo tanto, se debe tener extrema precaución antes de considerar la SP, especialmente la sedación continua y profunda, como un tratamiento viable en este contexto (17, 26). Si se solicita o se considera la posibilidad de SP para un paciente con sufrimiento existencial refractario, es importante revisar las posiciones actualizadas por expertos del tema, tener una política institucional clara y buscar la orientación de un comité de ética antes de considerar seriamente esta propuesta (17, 26).

Los criterios del paciente para indicar la pertinencia de SP incluyen: enfermedad terminal (esperanza de vida <6 meses), muerte inminente (horas a días, máximo 2 semanas) (ver Tabla 1), presencia de al menos un síntoma refractario, sufrimiento intolerable (sufrimiento existencial), y contar con el consentimiento del paciente o de su acudiente (si el paciente no tiene la capacidad de tomar decisiones) (16).

Tabla 1. Signos y síntomas de muerte inminente

Síntomas físicos	
Alimentación	Disminución de la necesidad de comer o beber, nada sabe bien, falta de apetito
Comunicación con el entorno	Menor necesidad de comunicarse. Mayor desorientación y confusión.
Patrón de sueño	Aumento del tiempo de sueño
Disminución de los sentidos	Se cree que la audición es el último de los 5 sentidos en afectarse
Incontinencia urinaria/fecal	Especialmente en los momentos cercanos al fin de la vida
Síntomas físicos	
Cardiovascular	Disminución de la presión sanguínea, aumento/disminución de la frecuencia cardíaca
Neurológico	Delirium, deterioro del estado de conciencia, debilidad, fluctuaciones de la temperatura
Piel	Cambios de coloración en la piel, enrojecida, moteada, pálida, cianosis distal
Respiratorio	Secreciones excesivas, estertores, respiración irregular (por ejemplo, Cheyne-Stokes)
Renal	Disminución del gasto urinario

*Adaptada de Morrison K, Youngwerth J. *Palliative Sedation Therapy. Hosp Med Clin [Internet]. 2016;5(1):101-13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ehmc.2015.08.010>*

En algunos casos, se ha descrito iniciar una sedación intermitente o leve que permita retener capacidad de respuesta a estímulos verbales con un alivio adecuado de síntomas sin pérdida total de la conciencia y de función interactiva (15, 9).

Tipos de sedación paliativa

La SP puede variar en función de la profundidad y continuidad de la sedación (27). Se puede dividir en sedación continua e intermitente. Aunque la SP generalmente se refiere a la sedación continua de un paciente hasta la muerte, la sedación intermitente puede considerarse en casos seleccionados (17, 18, 22) (Tabla 2). La National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO), recomienda que la sedación se controle cuidadosamente y se valore proporcionalmente, de modo que el grado de sedación sea el mínimo requerido para que el paciente pueda tolerar la angustia de los síntomas (28).

Tabla 2. Tipos de sedación paliativa

Según continuidad	
Intermitente	Permite períodos de alerta que alternan con el estado de inconsciencia
Continua	Disminución del nivel de conciencia de forma permanente
Según profundidad	
Superficial	Paciente alerta con nivel de conciencia disminuido
Intermedia	Paciente dormido, con períodos de alertamiento que permite algún tipo de comunicación, verbal o no verbal
Profunda	Mantiene al paciente en estado de inconsciencia

Fuente. autores.

La sedación intermitente se puede realizar de manera temprana en la trayectoria de la enfermedad del paciente, para proporcionar un alivio temporal hasta que se obtenga el beneficio esperado de otros enfoques terapéuticos (17, 29). La sedación profunda continua solo debe considerarse si el paciente se encuentra en la etapa final de su enfermedad, presenta un sufrimiento grave e intratable, con una expectativa de vida de horas o días como máximo (17, 30).

Consideraciones Previas

a. Evaluación del paciente:

Según las recomendaciones de la European Society for Medical Oncology (ESMO) (15), los pacientes con enfermedades terminales que

sufren angustia severa deben ser evaluados con urgencia, preferiblemente por un médico con experiencia específica en cuidados paliativos (15). Esta evaluación tiene como objetivo determinar si los factores reversibles o tratables pueden estar jugando un papel en el deterioro o angustia grave del paciente; por ejemplo, obstrucción intestinal aguda, presión intracraneal elevada o una infección pulmonar no diagnosticada previamente (15). En general, si se está considerando la sedación paliativa, se debe realizar una revisión del caso por parte de un equipo multidisciplinario (por ejemplo, que involucre un equipo de cuidados paliativos, psiquiatras, psicólogos o especialistas en dolor) para garantizar que se hayan proporcionado todos los demás tratamientos razonables, y que la SP cumple con los objetivos de alivio de síntomas refractarios del paciente. En caso de no contar con estos especialistas, se recomienda la consulta telefónica con expertos en medicina paliativa (15).

b. Comunicación clara con el paciente que se acerca al fin de la vida:

Los especialistas tratantes por lo general requieren entablar conversaciones repetidas y emocionalmente desafiantes con los pacientes y sus familias (15). Este es uno de los aspectos más difíciles del papel de los equipos médicos. Los pacientes están lidiando con el impacto emocional de la enfermedad que amenaza la vida, a menudo con decisiones complejas de tratamiento y una probabilidad limitada de beneficio, mientras que al mismo tiempo intentan mantener un equilibrio de esperanza con objetivos realistas y alcanzables (15, 31). Las interacciones ocurren en el contexto de las preferencias del paciente, la familia y la cultura, lo cual influye profundamente en las discusiones (27). Durante estas conversaciones se debe tener en cuenta la cantidad de información que desean conocer los pacientes, cómo quieren recibir esa información y en última instancia, cómo tomar decisiones con respecto a su atención médica; lo anterior tiene gran impacto en el bienestar emocional del paciente y su familia (15, 31).

c. Consentimiento:

La SP, como maniobra terapéutica, precisa el consentimiento por parte del paciente o de la familia. La discusión de esta opción terapéutica

debe incluir una revisión de los objetivos, beneficios y riesgos de la SP, así como las alternativas de tratamiento (15). El paciente debe poder decidir de acuerdo con sus propios valores y prioridades, lo cual se logra como resultado de un proceso de diálogo y colaboración en el que se deben tener en cuenta sus creencias, deseos y preferencias (27, 32). Si el paciente lo permite, se recomienda llevar a cabo esta discusión con la participación de familiares significativos; este enfoque maximiza la comunicación y a menudo facilita discusiones importantes entre los pacientes y sus familias mientras la oportunidad aún existe (15, 27).

La autonomía del paciente debe respetarse siempre que sea posible, al igual que la toma de decisiones por parte de los familiares legales o sustitutos encargados en caso de que el paciente no pueda participar en la discusión o elija no hacerlo (14, 15, 25). La decisión puede ser tomada por el paciente, por los familiares o acudientes encargados, y de forma compartida con los profesionales sanitarios (17). Numerosos estudios muestran que la toma de decisiones compartida mejora la satisfacción del paciente, el cumplimiento terapéutico, los resultados y costes sanitarios (32, 33). No es necesario que este consentimiento se formalice por escrito, pero sí debe quedar anotado en la historia clínica o, en su caso, en los documentos oficiales para tal fin, como el registro de voluntades anticipadas (32, 33).

d. Comunicación con miembros de la familia:

En situaciones en las que los miembros de la familia no formaron parte del proceso de consentimiento, se debe buscar el asentimiento del paciente para comunicar la decisión con sus familiares (9). Con el asentimiento del paciente, se debe mantener una comunicación clara, asertiva y constante con su familia, con el fin de informarle sobre su condición, evolución, las opciones de tratamiento disponibles, los posibles resultados y consecuencias de la preferencia expresada por el paciente (9, 15). En el caso poco frecuente de que los pacientes no permitan la discusión con sus familias, se deben explorar los motivos y buscar alentarlos a reconsiderar esta decisión. En algunos casos, esto puede incluir la necesidad de asesorarlos sobre la posible angustia que la ausencia de información puede causar a los miembros de la familia (15).

Medicamentos utilizados para Sedación Paliativa

Los medicamentos más utilizados son las benzodiacepinas de vida media corta y rápido inicio de acción como el midazolam (2, 15, 27). Los barbitúricos, como el fenobarbital, y otros medicamentos sedantes, como el propofol, se usan ocasionalmente (2, 15, 34) (Tabla 3). Los neurolépticos pueden ser efectivos cuando el paciente manifiesta signos y síntomas de delirium, en el cual la administración de opioides o benzodiacepinas como tratamiento inicial puede empeorar el síntoma (1, 15). Por lo general, se administra una dosis inicial en bolo seguida de una infusión continua; el bolo inicial y la infusión continua deben ser la dosis más baja posible para inducir la sedación (15, 27). La dosis inicial en bolo depende del uso actual de sedantes por parte del paciente. En la Tabla 3 se describen las dosis indicadas para pacientes sin tratamiento previo con los medicamentos mencionados (15, 16, 17).

Dependiendo de las conversaciones previas con el paciente y la familia, con respecto a los objetivos del tratamiento, la profundidad de la sedación puede variar (15). Dado que la intención es controlar los síntomas induciendo una disminución del estado de conciencia, se inicia la infusión y luego se ajusta a un punto en el que el paciente se encuentre tranquilo y con los síntomas controlados (15, 17).

Monitorización

La SP debe ser ajustada según datos subjetivos y objetivos, como signos vitales, laboratorios, el uso de escalas como la Escala de Sedación de Agitación de Richmond (RASS) y la Escala de Sedación Ramsay (RSS) (35). La monitorización del nivel de conciencia y la respuesta a estímulos juega un papel importante para definir y dirigir una administración adecuada de medicamentos. La RSS es uno de los instrumentos clínicos más usados para la monitorización de la sedación en el contexto de la SP (36).

Los aspectos que se deben monitorizar en la sedación paliativa son el alivio del sufrimiento, el nivel de conciencia (profundidad de la sedación) y los efectos secundarios de la sedación (14). La RASS (Tabla 4) es la herramienta más ampliamente validada y fácil de usar; por ejemplo, en la sedación profunda –para manejar adecuadamente los síntomas– el objetivo es mantener un nivel de sedación según RASS de -4 a -5 puntos (2, 37).

Tabla 3. Fármacos utilizados en Sedación Paliativa

Midazolam	
Ventajas	Rápido inicio de acción puede administrarse por vía IV** o SC**. Puede administrarse simultáneamente con morfina o haloperidol.
Dosis de bolo	2-5 mg
Infusión continua	0.5-2 mg/h, hasta 5 mg/hora si es necesario
Dosis efectiva usual	1-20 mg/h
Efectos adversos	Agitación paradójica, depresión respiratoria, abstinencia si la dosis se reduce rápidamente después de una infusión continua, tolerancia.
Antagonista	Flumazenil
Levomepromazina	
Ventajas	Antipsicótico de tipo fenotiazina útil en caso de delirium, rápido inicio de acción, algún efecto analgésico, puede administrarse oral o parenteral (IM, SC, IV).
Dosis	Dosis iniciales de 12,5 a 25 mg, cada 6 - 8 horas (vida media mayor de 15 a 30 horas).
Dosis efectiva usual	12.5 - 25 mg cada 8 horas. Cada hora por razón necesaria para agitación, o infusión continua de hasta 300 mg / día.
Efectos adversos	Hipotensión ortostática, agitación paradójica, síntomas extrapiramidales, efectos anticolinérgicos
Clorpromazina	
Ventajas	Efecto antipsicótico para pacientes con delirium. Puede administrarse, oral, IM, IV y rectal
Dosis	Dosis de inicio 12.5 mg cada 4 - 12 horas IV/IM
Dosis efectiva usual	IV/IM 37.5-150 mg/día
Efectos adversos	Hipotensión ortostática, agitación paradójica, síntomas extrapiramidales, efectos anticolinérgicos
Fenobarbital	
Ventajas	Rápido inicio de acción, anticonvulsivante, puede administrarse IV o SC.
Dosis de bolo	1-3 mg/kg
Infusión continua	0.5 - 1 mg/kg/hora
Dosis efectiva usual	50-100 mg/h
Efectos adversos	Excitación paradójica en ancianos, hipotensión, náuseas y vómitos, síndrome de Steyvens-Johnson, angioedema, erupción cutánea, agranulocitosis, trombocitopenia.
Propofol	
Ventajas	Agente anestésico, corta duración y rápido inicio de acción, lo cual lo hace relativamente fácil de titular
Dosis de bolo	20-50 mg
Infusión continua	5-10 mg/h
Titulación	Aumento de 10-20 mg/hora cada 10 minutos si es necesario
Efectos adversos	Hipotensión, depresión respiratoria, dolor local durante la administración

*Adaptada de referencia: Cherny, N. I. (2014). ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. *Annals of Oncology*, 25(suppl 3), iii143-iii152.

**IV: intravenoso, SC: subcutáneo, IM: intramuscular

Tabla 4. Escala de agitación-sedación de Richmond (RASS)

Puntaje	Término	Descripción	
4	Agresivo	Abiertamente combativo, violento, peligro para el personal	
3	Muy agitado	Se quita el tubo o los catéteres, agresivo	
2	Agitado	Frecuentes movimientos sin propósito, lucha contra el respirador	
1	Intranquilo	Ansioso, pero los movimientos no son agresivos	
0	Alerta y tranquilo		
-1	Somnoliento	No completamente alerta, pero tiene un despertar mantenido (apertura de los ojos y contacto visual) al llamado (>10segundos)	
-2	Sedación ligera	Se despierta brevemente, contacta con los ojos a la llamada (<10segundos)	Estímulo verbal
-3	Sedación moderada	Movimiento o apertura de ojos al llamado (no contacto visual)	
-4	Sedación profunda	No responde al llamado, se mueve o abre los ojos con estímulo físico	Estímulo físico
-5	No despertable	No responde al llamado ni a estímulos físicos	

*Adaptada de referencia: Ely EW, Truman B, Thomason JWW, Wheeler AP, Gordon S, Francis J, et al. *Monitoring Sedation Status Over Time in ICU Patients*. 2014;289(22):2983-91.

Una vez que se ha logrado un alivio adecuado de los síntomas, la situación clínica determina los parámetros para la monitorización del paciente y el papel de la titulación de las dosis adicionales (15).

a) Paciente con inminencia de muerte: no se realiza un monitoreo de rutina de los signos vitales; los únicos parámetros críticos para la observación continua son los relacionados con la comodidad, para lo cual es importante una evaluación de

signos relevantes para pacientes con incapacidad de comunicarse, como son: el aspecto general del paciente, si tiene un aspecto relajado o por el contrario el ceño fruncido o mandíbula apretada, agitación, tono muscular, vocalización (por ejemplo, la presencia de quejidos) y por último, el consuelo, evaluar si hay dificultad para confortar a través de contacto físico o con palabras (15). En la mayoría de los casos, no se recomienda disminuir las dosis del fármaco sedante dado que pone al paciente en riesgo de angustia recurrente. La frecuencia respiratoria se controla principalmente para evaluar patrones respiratorios que permitan simplemente el seguimiento de la evolución y determinar signos premortem. Se espera un deterioro gradual de la respiración a medida que los pacientes están cerca de la muerte y esto por sí solo no debería constituir una razón para disminuir la sedación (15, 9).

b) Paciente sin inminencia de muerte: se puede realizar un monitoreo para preservar la estabilidad fisiológica (15). Esto puede incluir la evaluación repetida del nivel de sedación y los parámetros fisiológicos de rutina, como la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la saturación de oxígeno. Si se produce un riesgo de muerte con depresión respiratoria, se puede requerir una disminución de la dosis. En algunos casos particulares, en que los pacientes se tornan más inestables, podría ser apropiada la administración cuidadosa de un antagonista de las benzodiazepinas (flumazenil) (15, 9).

Duración

Una vez se determina el comienzo del proceso de SP, se informa que las duraciones desde la sedación hasta la muerte oscilan entre 0,8 y 2,7 días (38, 39). Es muy importante tener en cuenta que este tratamiento no está destinado a reducir la esperanza de vida del paciente y que el inicio del tratamiento no tiene impacto en el tiempo de sobrevivencia del paciente, ya que el tratamiento solo está destinado a aliviar los síntomas (40).

Impacto en la supervivencia

Los datos limitados muestran que ni la administración de sedación paliativa ni el grado de sedación aceleran la muerte en pacientes con enfermedades terminales (13, 15, 16). En una revisión sistemática de estudios

observacionales realizada por Maltoni et al. en 2012, en la cual se incluyeron más de 1.000 pacientes, 34% de ellos se sometieron a sedación, se evaluó el impacto de la sedación en la supervivencia de los pacientes con enfermedades terminales y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia general entre los pacientes de hospicio a los cuales se les inició sedación (mediana, 7-36 días) y los que no (mediana, 4-40 días) (38).

En un estudio de cohorte prospectivo, realizado por Mercadante et al. (2009), en pacientes en fin de la vida ingresados a una unidad de cuidados paliativos y de alivio del dolor agudo dentro de un centro oncológico, se ingresaron 77 pacientes de los cuales a 42 se les inició SP principalmente por disnea y/o delirium refractario; se encontró una duración media de sedación de 22 horas (2-160 horas), y adicionalmente, una supervivencia mayor en los pacientes que recibieron SP ($P = 0,003$) en comparación con los pacientes no sedados (6,6 vs 3,3 días, respectivamente) (41).

La ausencia de un impacto en la supervivencia refuta los análisis conceptuales que tienden a equiparar la sedación paliativa con la eutanasia u otras decisiones al final de la vida que aceleran la muerte (19, 38).

Aspectos legales y éticos

La SP no pretende ser un medio para acelerar la muerte del paciente (9, 15). Los médicos involucrados en el cuidado paliativo de los pacientes, especialmente aquellos que usan SP, deben ser conscientes de la posibilidad de daño por el uso abusivo, nocivo o no calificado de sedación (9, 15). El daño potencial puede ocasionarse por el uso deliberado de sedación profunda en pacientes que no tienen síntomas refractarios, o por el uso intencional de dosis que superan con creces lo necesario para proporcionar el confort adecuado (15). Siguen existiendo cuestiones éticas que rodean ciertos aspectos de la SP, incluso cuando es aceptada y se practica ampliamente en muchos países del mundo (17, 42).

a) Proporcionalidad, eutanasia y principio del doble efecto:

El *principio de proporcionalidad* se utiliza para argumentar que los beneficios de cualquier intervención deben superar sus riesgos (28, 43). La proporcionalidad guía la relación dosis-

respuesta en la prescripción de medicamentos; los pacientes necesitan suficiente medicación para lograr el efecto deseado, pero no tanto como para provocar efectos secundarios adversos significativos (28, 43). La SP generalmente se inicia con un enfoque proporcional que utiliza la menor cantidad de sedación necesaria para aliviar el sufrimiento intratable y sólo se inicia después de una deliberación cuidadosa por parte del equipo tratante (17, 28, 42).

Como se mencionó previamente, el objetivo de la SP es proporcionar alivio de los síntomas que de otro modo serían intolerables e intratables (28); su objetivo nunca es acelerar la muerte de un paciente, lo que contrasta con la eutanasia, en la cual se busca, previa solicitud del paciente, poner fin a su vida por medio de la administración de un agente letal, con la intención de aliviar el sufrimiento intolerable (28, 43, 44).

Muchos autores han justificado éticamente la utilización de sedación paliativa en pacientes terminales, aunque con ello existiera la posibilidad de acortar la vida de la persona, invocando para ello el principio de doble efecto (PDE), el cual exige el cumplimiento concomitante de algunas condiciones para que una acción que tiene efectos buenos y malos sea moralmente permitida (11).

Las condiciones para la aplicación correcta del PDE son (11, 45):

- La acción misma debe estar moralmente permitida.
- La intención es buscar el efecto bueno.
- Existe una proporción o equilibrio entre los dos efectos, el bueno y el malo.
- El efecto deseado y bueno debe producirse en forma anterior al malo.

Nutrición e hidratación

Iniciar la sedación paliativa no significa automáticamente que la nutrición e hidratación artificial (NHA) deban interrumpirse. La continuación o interrupción de la NHA, y la necesidad de comenzar la sedación paliativa implica dos procesos separados de toma de decisiones (14, 15). Las decisiones a favor o en contra de la NHA por lo general se basan en el análisis riesgo/beneficio estimado en el contexto de cada paciente; además, dependen del entorno

de atención (hospital, hospicio, domicilio), y si es posible, se debe tener en cuenta el deseo expreso del paciente (23, 46). Las opiniones y prácticas varían, lo cual refleja la heterogeneidad de actitudes de los médicos, especialistas en ética, pacientes, familias y normas locales de buena práctica clínica y ética involucrados (15).

El impacto de diferentes dosis de hidratación parenteral en pacientes con cáncer al final de la vida no se demostró claramente en un ensayo clínico aleatorizado realizado por Bruera et al. (24). Los autores, sin embargo, plantearon la hipótesis de una serie de deficiencias que pueden haber limitado el poder de su estudio, concluyendo que se necesita más investigación en esta área (20, 24). Sin embargo, alrededor del 87% de los pacientes conscientes con cáncer, informan sed y boca seca en la última semana de vida; es posible que los pacientes sedados que no pueden beber puedan sufrir sed o empeoramiento de los síntomas del sistema nervioso central (delirio, confusión, inquietud) sin poder comunicar su angustia (15, 27). Por el contrario, el exceso de hidratación puede causar síntomas relacionados con sobrecarga hídrica (38).

En una revisión sistemática de la literatura sobre el uso de NHA en los últimos días de vida de pacientes oncológicos —realizada por Raijmakers et al. (2011) (46) y donde se incluyeron 15 artículos—, reportan una frecuencia de pacientes que recibieron nutrición e hidratación artificial que varía del 3% al 53% y del 12% al 88%, respectivamente. “En esta revisión sistemática, Raijmakers y colaboradores incluyen cinco estudios que informaron sobre los efectos de la hidratación artificial: dos encontraron efectos positivos (menos náuseas crónicas, menos signos de deshidratación física), dos encontraron efectos negativos (más ascitis, más secreciones intestinales) y cuatro no encontraron efectos sobre el delirium terminal, sed, náuseas crónicas o sobrecarga hídrica. Ningún estudio informó efectos sobre continuar o retirar la nutrición artificial en los últimos días de vida (46).

La nutrición artificial puede proporcionar un beneficio psicológico a las familias, aliviando su temor de que el paciente “muera de hambre”; sin embargo, esta decisión sigue siendo de los clínicos, teniendo en cuenta que se considera una práctica ineficaz en la etapa terminal de la enfermedad (47, 48). En caso de presentarse aspectos de impacto emocional en los

familiares o cuidadores, estos deben ser trabajados a través de un equipo interdisciplinario y el apropiado proceso de comunicación familia-equipo de salud sobre los riesgos y la futilidad de las intervenciones según sea el caso.

La NHA en pacientes al final de la vida es una práctica frecuente y la controversia en torno a estas intervenciones es compleja; sin embargo, la mayoría de autores están de acuerdo en que su continuación o interrupción depende de la situación particular del paciente y como se mencionó, es una decisión que debe tomarse independientemente de la elección de iniciar la sedación paliativa (49, 50, 51). Los efectos sobre la comodidad, los síntomas y la duración de la supervivencia parecen limitados. Se requiere investigación adicional que permita contribuir a una mejor comprensión de este importante tema en la atención al final de la vida (46).

Conclusiones

La SP se ha convertido en una práctica clínica que tiene como objetivo aliviar los síntomas refractarios al final de la vida, principalmente síntomas físicos como el dolor, la disnea, el delirium y el vómito. La SP no tiene la intención de acelerar el proceso de muerte, y la evidencia sugiere que si se realiza de manera correcta y proporcional, no tiene un impacto perjudicial en la supervivencia. Las benzodiacepinas, en particular el midazolam, son la primera opción de medicamentos para este tipo de sedación.

El proceso de toma de decisiones para iniciar la SP es complejo y debe involucrar al equipo de atención médica, los pacientes, sus familiares y seres queridos. La SP proporcional es una intervención médica universalmente aceptada, que difiere de la eutanasia en términos de intención, procedimiento y resultados. Debido a que la sedación disminuye la capacidad de interactuar, debe usarse con prudencia y son necesarias indicaciones claras, individualizadas y pautas de uso para evitar el abuso de este enfoque, lo cual puede tener consecuencias clínicas y éticas adversas para el personal sanitario, y en especial para los médicos de cuidados paliativos.

Responsabilidades éticas

Dada la naturaleza de este documento, no fue necesaria la aprobación ética y el consentimiento informado.

Conflicto de interés

Los autores no tienen ningún conflicto de interés que declarar para este documento.

Financiación

No se utilizaron fuentes de financiación en la preparación de este documento.

El presente trabajo no ha sido sometido a ninguna otra revista para su publicación, tampoco se ha presentado previamente en congresos o seminarios.

Referencias bibliográficas

1. Claessens P, Menten J, Schotsmans P, Broeckaert B. Palliative Sedation: A Review of the Research Literature. *J Pain Symptom Manage*. 2008;36(3):310-33. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.10.004>
2. Bodnar J, Bodnar J. A Review of Agents for Palliative Sedation/Continuous Deep Sedation : Pharmacology and Practical Applications A Review of Agents for Palliative Sedation / Continuous Deep Sedation : Pharmacology and Practical Applications. *J Pain Palliat Care Pharmacother* [Internet]. 2017;31(1):16-37. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/15360288.2017.1279502>.
3. Enck RE. Drug-induced terminal sedation for symptom control. *Am J Hosp Palliat Med*. 1991;8(5):3-5. <https://doi.org/10.1177/104990919100800501>
4. Have H, Welie JVM. Palliative Sedation Versus Euthanasia : An Ethical Assessment. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2019;47(1):123-36. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.03.008>.
5. Trota RA, Aguilar AG, Vidal PL, Flores JR, Pozo RRDEL, Aguirre YV, et al. Aspectos éticos de la sedación en Cuidados Paliativos*. 2002;9:41-6.
6. Pastrana T, De Lima L, Pons JJ, Centeno C. Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica- Edición Cartográfica 2013 [Internet]. 2013. 1-72 p. Available from: www.cuidadospaliativos.org
7. Santos D, Della Valle A, Barlocco B, Pereyra J, Bonilla D. Sedación paliativa: experiencia en una unidad de cuidados paliativos de Montevideo. *Rev Médica del Uruguay*. 2009;25(2):78-83.
8. Parra Palacio S, Giraldo Hoyos CE, Arias Rodríguez C, Mejía Arrieta D, Vargas Gómez JJ, Krikorian A. Palliative sedation in advanced cancer patients hospitalized in a specialized palliative care unit. *Support Care Cancer*. 2018;26(9):3173-80. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4164-7>
9. Cherny NI, Radbruch L, Chasen M, Coyle N, Charles D, Dean M, et al. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med*. 2009;23(7):581-93. <https://doi.org/10.1177/0269216309107024>
10. Sanchez M, Cuervo M. Guía Clínica. Sedación del prcpex, uso y recomendaciones. Programa Reg Cuid Paliativos Extrem [Internet]. 2014;91. Available from: <http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5Cguia-de-sedacion.pdf>
11. Palliative D, Shorten S, Lives THE, Patients OF. ¿La sedación paliativa acorta la vida de los pacientes? 2017;204-18.
12. Nogueira FL, Sakata RK. Sedación Paliativa del Paciente Terminal. 2012;62:1-7.
13. Henry B. A systematic literature review on the ethics of palliative sedation : an update (2016). 2016;6100:201-7. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000224>
14. Maltoni M, Setola E. Palliative Sedation in Patients With Cancer. 2015;433-41. <https://doi.org/10.1177/107327481502200409>
15. Cherny NI, Guidelines E, Group W. ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. *ESMO Updat Clin Pract Guidel* [Internet]. 2014;25(July):iii143-52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdu238>
16. Morrison K, Youngwerth J. Palliative Sedation Therapy. *Hosp Med Clin* [Internet]. 2016;5(1):101-13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ehmc.2015.08.010>
17. Bobb B. A Review of Palliative Sedation. *Nurs Clin NA* [Internet]. 2016;51(3):449-57. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cnur.2016.05.008>
18. Muller-Busch HC, Andres I, Jehser T. Sedation in palliative care - A critical analysis of 7 years experience. *BMC Palliat Care*. 2003;2:1-9. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-2-2>
19. Teunissen SCCM, Wesker W, Kruitwagen C, de Haes HCJM, Voest EE, de Graeff A. Symptom Prevalence in Patients with Incurable Cancer: A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage*. 2007;34(1):94-104. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.10.015>
20. Maltoni M, Scarpi E, Nanni O. Palliative sedation for intolerable suffering. 2014;389-94. <https://doi.org/10.1097/CCO.0000000000000097>
21. Mercadante S, Porzio G, Valle A, Fusco F, Aielli F, Costanzo V. Palliative sedation in patients with advanced cancer followed at home: A systematic review. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2011;41(4):754-60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.07.013>
22. Song HN, Lee US, Lee GW, Hwang IG, Kang JH, Eduardo B. Long-Term Intermittent Palliative Sedation for Refractory Symptoms at the End of Life in Two Cancer Patients. *J Palliat Med*. 2015;18(9):807-10. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0357>
23. Garetto F, Cancelli F, Rossi R, Maltoni M. Palliative Sedation for the Terminally Ill Patient. *CNS Drugs* [Internet]. 2018;(0123456789). Available from: <https://doi.org/10.1007/s40263-018-0576-7>
24. Bruera E, Hui D, Dalal S, Torres-Vigil I, Trumble J, Roosth J, et al. Parenteral hydration in patients with advanced cancer: A multicenter, double-blind, placebo-controlled randomized trial. *J Clin Oncol*. 2013;31(1):111-8. <https://doi.org/10.1200/JCO.2012.44.6518>

25. Textbook O. Palliative Nursing. Palliat Nurs. 2009;440-8.
26. Bruce A, Boston P. Relieving existential suffering through palliative sedation: Discussion of an uneasy practice. J Adv Nurs. 2011;67(12):2732-40. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05711.x>
27. De Graeff A, Dean M. Palliative sedation therapy in the last weeks of life: A literature review and recommendations for standards. J Palliat Med. 2007;10(1):67-85. <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.0139>
28. Kirk TW, Mahon MM. 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 Manage [Internet]. 2010;39(5):914-23. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.01.009>
29. Booker R, Bruce A. Palliative sedation and medical assistance in dying: Distinctly different or simply semantics? Nurs Inq. 2020;27(1):1-9. <https://doi.org/10.1111/nin.12321>
30. Statement on Palliative Sedation. Am Acad Hosp Palliat Med [Internet]. 2014; Available from: <http://aahpm.org/positions/palliative-sedation>
31. Back AL, Anderson WG, Bunch L, Marr LA, Wallace JA, Yang HB, et al. Communication about cancer near the end of life. Cancer. 2008;113(7):1897-910. <https://doi.org/10.1002/cncr.23653>
32. Carmona-espinoza F, Sánchez-prieto F. REVISTA ESPAÑOLA DE Nuestra experiencia en sedación paliativa como opción terapéutica en pacientes en situación clínica de últimos días. Rev Española Med Leg [Internet]. 2016;(xx):1-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reml.2015.12.001>
33. Tapiero AA. La sedación terminal . Aspectos éticos. 2003;20:645-9.
34. Sulistio M, Wojnar R, Michael NG. Propofol for palliative sedation. 2019;1-3. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-001899>
35. Deol H, Dimtri F, Minaie A, Surani S, Udeani G. Role of Ramsay Sedation Scale in Sedative Dosage Modulation for Critically-Ill Intubated Patients. Chest [Internet]. 2017;152(4):A330. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2017.08.356>
36. Deol HS, Surani SR, Udeani G. Inter-rater Reliability of the Ramsay Sedation Scale for Critically-ill Intubated Patients. Cureus. 2019;11(10). <https://doi.org/10.7759/cureus.6021>
37. Ely EW, Truman B, Thomason JWW, Wheeler AP, Gordon S, Francis J, et al. Monitoring Sedation Status Over Time in ICU Patients. 2014;289(22):2983-91. <https://doi.org/10.1001/jama.289.22.2983>
38. Maltoni M, Scarpi E, Rosati M, Dorni S, Fabbri L, Martini F, et al. Palliative sedation in end-of-life care and survival: A systematic review. J Clin Oncol. 2012;30(12):1378-83. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.37.3795>
39. Prado BL, Bugano D, Gomes D, Luiz P, Usón S, Taranto P, et al. Continuous palliative sedation for patients with advanced cancer at a tertiary care cancer center. 2018;1-7. <https://doi.org/10.1186/s12904-017-0264-2>
40. Jansen LA. Disambiguating clinical intentions: The ethics of palliative sedation. J Med Philos. 2010;35(1):19-31. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhp056>
41. Mercadante S, Intravaia G, Villari P, Ferrera P, David F, Casuccio A. Controlled Sedation for Refractory Symptoms in Dying Patients. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2009;37(5):771-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2008.04.020>
42. Chessa F. Ethical and Legal Considerations in End-of- Life Care. 2019;46:387-98. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2019.05.005>
43. Berger JT. The proportionate value of proportionality in palliative sedation. J Clin ethics, 25(3), 219-221. 2014
44. Beller EM, van Driel ML, Mcgregor L, Truong S, Mitchell G. Palliative pharmacological sedation for terminally ill adults. Cochrane Database Syst Rev. 2015;2017(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010206.pub2>
45. Taboada P. Sedación paliativa (parte ii). cuestiones éticas y principios morales 1. Acta Bioeth. 2014;20(2):225-35.
46. Raijmakers NJH, van Zuylen L, Costantini M, Caraceni A, Clark J, Lundquist G, et al. Artificial nutrition and hydration in the last week of life in cancer patients. A systematic literature review of practices and effects. Ann Oncol. 2011;22(7):1478-86. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdq620>.
47. Gurschick L, Mayer DK, Hanson LC. Palliative Sedation : An Analysis of International Guidelines and Position Statements. 2015;32(6):660-71. <https://doi.org/10.1177/1049909114533002>
48. Dev R, Dalal S, Bruera E. Is there a role for parenteral nutrition or hydration at the end of life? Curr Opin Support Palliat Care. 2012;6(3):365-70. <https://doi.org/10.1097/SPC.0b013e328356ab4a>.
49. HPNA Position Paper: Palliative Sedation at the End of Life. J Hosp Palliat Nurs. 2003;5(4):235-7.
50. One W. Artificial Nutrition and Hydration in End-of-Life Care HPNA Position Paper Approved. Hosp Today. 2004;22(5):341-5. <https://doi.org/10.1097/00004045-200405000-00016>
51. Quill TE. Responding to Intractable Terminal Suffering. Ann Intern Med. 2000;133(7):561. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-133-7-200010030-00022>