

10. Sedación paliativa

Las preguntas que se van a responder son:

- ¿Cuáles son las indicaciones para realizar una sedación paliativa?
- ¿Cómo debe ser el proceso de la toma de decisiones en la sedación paliativa?
- ¿Cuáles son los fármacos y las vías de administración recomendadas para realizar una sedación paliativa?

10.1. Introducción

El término *sedación* se ha empleado con distintos significados. En la revisión bibliográfica, se han encontrado cuatro revisiones relevantes en torno al concepto de sedación (323-326). La sedación puede ser *intermitente* (permite períodos de alerta) o *continua* (disminución del nivel de conciencia de forma permanente); *superficial* (permite la comunicación del paciente, verbal o no verbal) o *profunda* (mantiene al paciente en estado de inconsciencia) (324; 326). En los diferentes estudios existe una gran variabilidad en la frecuencia de los síntomas refractarios para cuyo alivio se utiliza la sedación.

En el marco de los CP, el objetivo de la sedación es el alivio del sufrimiento del enfermo mediante una reducción proporcionada del nivel de conciencia. Se entiende por *sedación paliativa* la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito (326). La *sedación en la agonía* es un caso particular de la sedación paliativa, y se define como la administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima (326).

10.2. Proceso de la sedación paliativa en la agonía

El proceso de sedación paliativa en la agonía tiene que cumplir una serie de requisitos (324):

- Una indicación terapéutica correcta.

Opinión de
expertos

4

- El consentimiento explícito del enfermo, o de la familia si el enfermo fuera incompetente.
- Información clara y completa del proceso, con registro en la historia clínica.
- Administración de fármacos en las dosis y combinaciones necesarias hasta lograr el nivel de sedación adecuado.

10.2.1. Indicación terapéutica

Una correcta prescripción de la sedación paliativa requiere:

- Una cuidadosa evaluación del diagnóstico del final de la vida.
- La presencia de síntomas y de sufrimiento físico o psíquico refractario.
- Una evaluación de la competencia del paciente a la hora de tomar las decisiones (324; 326).

Diagnóstico de final de la vida (terminalidad)

Además de la predicción clínica, puede ser de utilidad el empleo de instrumentos validados para estimar la supervivencia o el estado funcional, como el índice PaP o la escala funcional de Karnofsky, y la presencia de los factores pronósticos (ver capítulo 4.4).

Síntomas y sufrimiento refractario

Por *síntoma refractario* se entiende aquél que no puede ser adecuadamente controlado a pesar de los esfuerzos para hallar un tratamiento tolerable, que no comprometa la conciencia, y en un plazo de tiempo razonable. Resulta crucial distinguir entre *sufrimiento evitable* y *no evitable*, para determinar sobre qué aspectos del sufrimiento evitable es posible intervenir (a través del control de síntomas, intervenciones psicosociales, cuidado del entorno, etc.) (22). Cuando se agotan las posibilidades de intervención, se entiende que el sufrimiento es refractario. En caso de incertidumbre acerca de la refractariedad de un síntoma, se recomienda consultarlo con otros expertos (324).

Es necesario asegurarse de que se han agotado las posibilidades de intervención en el control de síntomas. Esto resulta especialmente importante en el caso del dolor. Antes de decidir un procedimiento de sedación se debe garantizar un correcto tratamiento del dolor (327).

Evaluación de la competencia del paciente a la hora de tomar las decisiones

Resulta crucial evaluar la competencia del enfermo, es decir, su capacidad para comprender la información relevante, expresar sus deseos y conocer las

implicaciones de su decisión (324). La competencia del enfermo debería ser valorada por un equipo con experiencia. En este punto se muestra clave la implicación y la coordinación con el médico de atención primaria.

10.2.2. Consentimiento del enfermo

El consentimiento implica que el paciente es competente para tomar decisiones y que, adecuadamente informado, expresa su deseo explícito de sedación.

Opinión de
expertos
4

Enfermo competente

El consentimiento verbal se considera suficiente (326), si bien en ocasiones podría realizarse por escrito. Siempre debe quedar constancia del mismo en la historia clínica.

Legislación
LG

Enfermo incompetente

Se debe consultar el Registro de Instrucciones Previas o Voluntades Anticipadas. Si el enfermo no hubiera dejado constancia escrita de sus deseos en relación a las decisiones en el final de la vida, el equipo médico debe valorar los deseos del paciente con su familia o allegados, considerando los valores y los deseos previamente expresados (se tendrá en cuenta la posibilidad de que el médico de cabecera haya podido recoger sus deseos en distintas consultas, y es recomendable que consten en su historia clínica). En este caso, el proceso de comunicación con la familia deberá reunir los mismos requisitos que se precisan para obtener el consentimiento del enfermo y que se han descrito al hablar de la evaluación de la competencia del enfermo.

Debido a la complejidad en la toma de decisiones sobre la sedación, cuando esta situación sea previsible, es importante trabajar con el paciente sobre su opinión al respecto de forma anticipada o preventiva, antes de que llegue a la agonía.

Privilegio terapéutico

Si el paciente ha manifestado expresamente su voluntad de no ser informado se tendrá en cuenta su mejor interés, determinado por la indicación terapéutica y con el consentimiento expreso de su familia.

Información a comunicar

El equipo debe determinar y sopesar individualmente los beneficios y los posibles daños de la información que se revelará (324), que constará de los siguientes datos:

- Situación del enfermo: situación física, incurabilidad, supervivencia esperada.
- Sufrimiento (presencia de sufrimiento refractario, causas del sufrimiento, tratamientos que se han probado, razonamiento de la decisión de la sedación).
- Objetivo de la sedación (alivio del sufrimiento).
- Método de sedación: medicación que reduce el nivel de conciencia, con opción de discontinuar la sedación.
- Efectos de la sedación: sobre el nivel de conciencia, comunicación, ingesta oral, supervivencia, posibilidad de complicaciones.
- Tratamientos y cuidados tras la sedación, para maximizar el confort.
- Resultados esperados si no se realiza la sedación: otras opciones, grado de sufrimiento, supervivencia esperada.

Los profesionales sanitarios deben considerar de manera cuidadosa las preferencias del paciente y de la familia, aclarando a la familia que su papel es el de estimar el deseo de la persona, que los familiares no son totalmente responsables de todas las decisiones del paciente y que el equipo comparte la responsabilidad de la decisión de la sedación (324).

10.2.3. Información al equipo terapéutico

Se recomienda que los profesionales implicados en la atención del paciente conozcan el proceso de la sedación (ver figura 12).

10.2.4. Administración de fármacos

Existe poca evidencia científica con respecto a qué medicación y a qué dosis debe utilizarse para la sedación paliativa (323; 324; 328).

En una revisión sobre sedación terminal en medicina paliativa se describieron 11 fármacos no opioides a dosis variables. Midazolam fue el fármaco más utilizado, con una eficacia que osciló entre el 75%-100%; ningún fármaco se mostró superior a los otros (328).

Los grupos farmacológicos empleados habitualmente para la sedación son las benzodiazepinas (midazolam), los neurolépticos (levomepromazina), los barbitúricos (fenobarbital) y los anestésicos (propofol) (329). Los opioides no están recomendados como medicación específica para la inducción de la sedación paliativa, pero se emplearán de manera concomitante si el síntoma refractario es el dolor o la disnea y también en el caso de que el paciente los estuviera tomando previamente (328; 329) (ver tabla 36).

RS de series
de casos
3

Figura 12. Proceso de la sedación

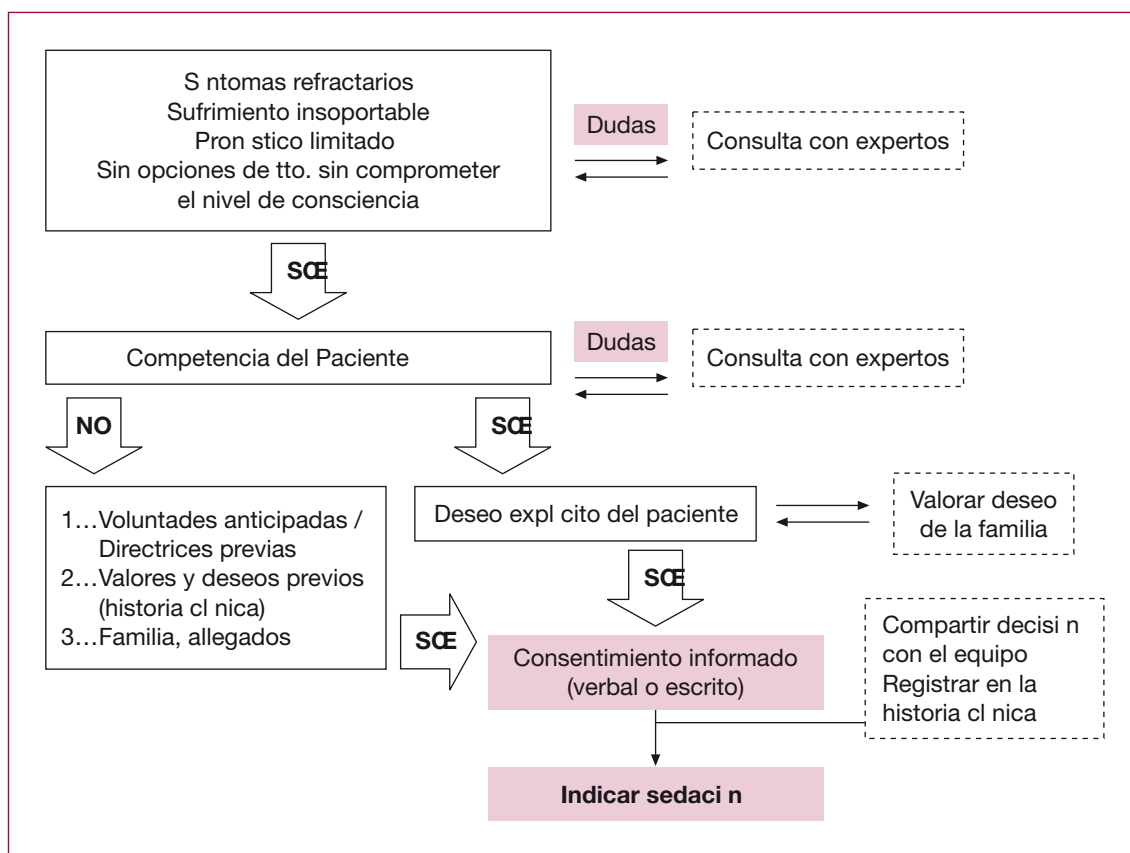


Tabla 36. Fármacos y dosis orientativas para la sedación paliativa

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

* Vía de administración no contemplada en la ficha técnica.

** Dosis doble en pacientes que ya tomaban previamente BZD.

ICSC: infusión continua subcutánea.

ICIV: infusión continua intravenosa.

Tras iniciar el tratamiento farmacológico se recomienda monitorizar el nivel de sedación del paciente, utilizando para ello instrumentos como la escala de Ramsay (ver tabla 37) y dejando constancia de ello en la historia clínica (326; 330).

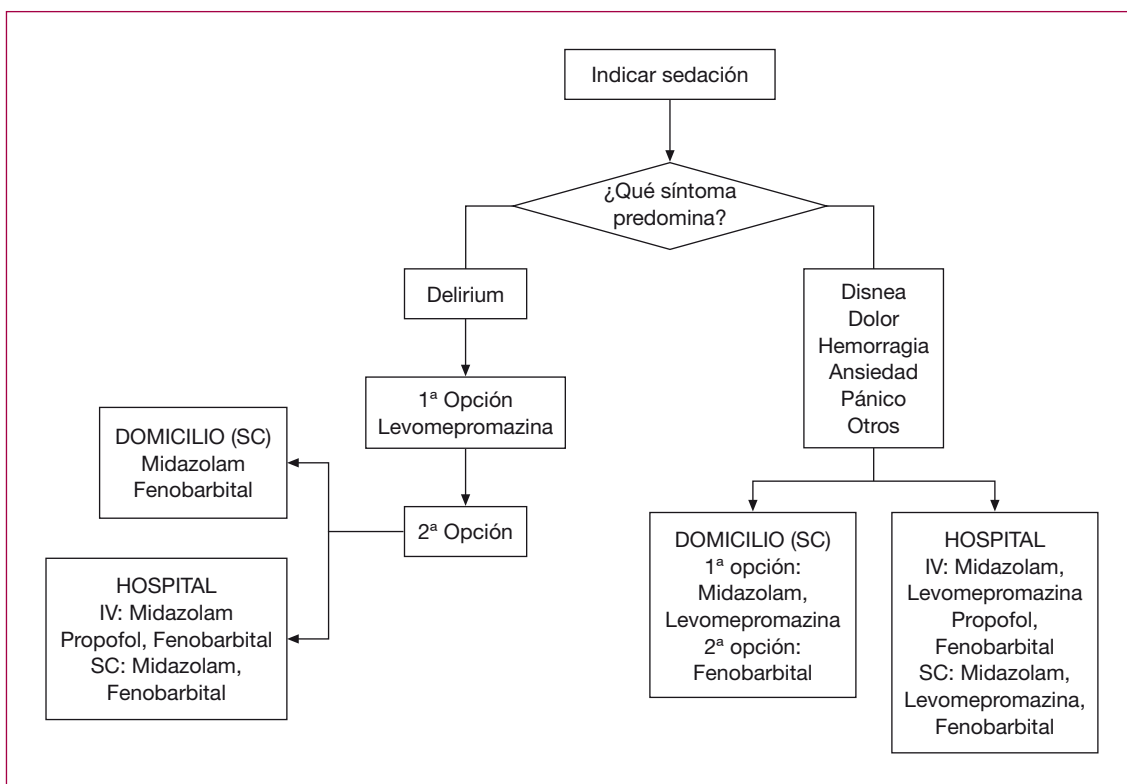
Opinión de expertos
4

Tabla 37. Escala de Ramsay

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

En la figura 13 se propone un algoritmo para el uso de fármacos en la sedación, en función de los síntomas predominantes (326; 330).

Figura 13. Algoritmo para el uso de fármacos en la sedación



10.2.5. Consideraciones éticas y legales

Los principios éticos y legales de la sedación son (324):

- Indicación y práctica adecuada.
- Intencionalidad: el objetivo es el alivio del sufrimiento.
- Principio de proporcionalidad: considerando la situación del paciente, la intensidad del sufrimiento, la ausencia de otros métodos paliativos y la supervivencia estimada, la sedación es la opción más proporcionada entre las posibles. Implica realizar un balance entre los beneficios (alivio del sufrimiento) y los riesgos e inconvenientes (disminución del nivel de consciencia, efecto sobre la supervivencia).
- Principio de autonomía: de acuerdo con la legislación vigente (331), el enfermo es el titular del derecho a la información y tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles. Las excepciones son el *privilegio terapéutico* (deseo expreso del paciente de no ser informado o el convencimiento total o casi total de que la información supone un mayor perjuicio al enfermo) y la situación de urgencia (cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización). En el enfermo no competente, la sedación requiere el consentimiento delegado. Tanto si el paciente es competente como si no lo es, se recomienda consensuar siempre las decisiones con su familia.

Opinión de expertos
4

Legislación
LG

Asimismo, el equipo debe decidir sobre la cantidad de información que se comunica y la manera de comunicarla. Se debería informar del carácter voluntario de la decisión de sedación. El equipo tiene que confirmar que la decisión del paciente no está afectada por presión psicológica o social.

Resumen de evidencia

4	Se entiende por <i>sedación paliativa</i> la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas para reducir la consciencia 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 (326).
4	La <i>sedación en la agonía</i> es un caso particular de la sedación paliativa y se define como la administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima (326).
3	El 75%-100% de los pacientes responden a la sedación. Midazolam es el fármaco más utilizado (328).

Recomendaciones

D	<p>El proceso de sedación paliativa o en la agonía requiere:</p> <ol style="list-style-type: none">Una indicación terapéutica correcta (existencia de un síntoma o sufrimiento físico o psíquico refractario en el final de la vida del enfermo) efectuada por un médico y, si fuera posible, validada por otro médico.Consentimiento explícito del enfermo, o de la familia si el enfermo fuera incompetente.Los profesionales implicados deben tener una información clara y completa del proceso y efectuar el registro en la historia clínica.Administración de fármacos en las dosis y combinaciones necesarias hasta lograr el nivel de sedación adecuado.
D	<p>La correcta prescripción de la sedación paliativa en la agonía requiere:</p> <ol style="list-style-type: none">Una cuidadosa evaluación del diagnóstico del final de la vida.Presencia de síntomas y de sufrimiento físico o psíquico refractario.Una evaluación de la competencia del paciente a la hora de tomar las decisiones.
D LG	<p>El consentimiento verbal se considera suficiente, si bien en ocasiones podría realizarse por escrito. Siempre debe quedar constancia del mismo en la historia clínica.</p> <p>En el paciente no competente, el consentimiento se debe realizar en el siguiente orden:</p> <ol style="list-style-type: none">Primero, mediante consulta al Registro de Instrucciones Previas o Voluntades Anticipadas.En ausencia de instrucciones previas, el equipo médico debe valorar los deseos del paciente con la familia o los allegados, considerando los valores y los deseos previamente expresados.En ausencia de b), se recomienda pactar la sedación con la familia.
D	<p>Se recomienda la utilización de midazolam como primera opción para la sedación para la mayoría de los síntomas, y levomepromazina cuando el delirium es el síntoma predominante.</p>
D	<p>Se recomienda monitorizar el nivel de sedación del paciente, utilizando para ello la escala de Ramsay.</p>