

# Indicación de sedación en paciente terminal

<sup>1</sup>Priede Díaz LA, <sup>1</sup>Cofiño González D, <sup>2</sup>Priede Díaz MI, <sup>3</sup>Cano Hoz M, <sup>4</sup>Melgosa Moreno MS

<sup>1</sup>Equipo de Cuidados Paliativos. Área Sanitaria VI. Asturias.

<sup>2</sup>Centro de Salud de Liébana. Cantabria

<sup>3</sup>Cuidados Paliativos. Hospital de Laredo. Cantabria

<sup>4</sup>SUAP de Mataporquera. Cantabria

Presentamos el caso de un varón de 56 años, con diagnóstico de adenopatía cervical metastática con primario desconocido y en situación de terminalidad, que por la evolución de su enfermedad y las complicaciones que se presentaron precisó sedación paliativa.

## CASO CLÍNICO

El paciente acudió al Servicio de Otorrinolaringología hace 6 meses, remitido por su médico, por presentar una tumoración látero-cervical izquierda de un mes de evolución, con crecimiento progresivo y punción positiva para carcinoma epidermoide.

En la exploración física por nasofibroscopio se apreciaba una disminución de la movilidad de la hemilaringe izquierda con obliteración del seno piriforme del mismo lado. En el cuello presentaba un bloque adenopático de unos 8 x 7 cm situado en la cara lateral izquierda del cuello, duro y adherido a planos profundos.

Por panendoscopia se realizó un vaciamiento radical del cuello, con extirpación del bloque adenopático, carótida externa, vena yugular interna, nervio vago y simpático cervical izquierdo, y también una traqueostomía.

La anatomía patológica determinó la presencia de un carcinoma escamoso de variedad basaloide.

El post-operatorio cursó con un cuadro de confusión y posteriormente con una neumonía por broncoaspiración, que precisó ingreso en UVI durante un mes. Durante su estancia en la misma, se hizo necesaria la colocación de una gastrostomía percutánea endoscópica para alimentación.

Al mes del alta se realizó TAC de control. El paciente presentaba recidiva ganglionar en las cadenas látero-cervicales izquierdas, asociada a la presencia de metástasis pulmonares y adenopatías

en la región paratraqueal derecha, en la ventana aorto-pulmonar y en los hilios pulmonares.

A continuación se solicitó valoración y seguimiento domiciliario por el Equipo de Cuidados Paliativos, en estrecha colaboración con los cuidadores principales, que eran un hermano y su cuñada. El paciente delegó las decisiones sobre su enfermedad en su familia y se desentendió totalmente de sus cuidados, de los que comenzó a ocuparse su cuñada.

Sufrió un deterioro progresivo en estos dos meses, tanto funcional como cognitivo, con episodios aislados de delirium, caquexia extrema y crecimiento incontrolado de la masa látero-cervical izquierda, que se ulceró y propició un desplazamiento de la zona de la traqueostomía; en un momento dado, causó dificultad para la colocación de la cánula.

El paciente se encontraba en una situación de claudicación familiar. Por miedo a que el crecimiento de la masa produjese una obstrucción completa de la vía aérea que llegase a causar la muerte del paciente en el domicilio, y tras descartarse otras opciones terapéuticas con el Servicio de Otorrinolaringología, se decidió el ingreso programado en una cama de Cuidados Paliativos del Hospital de referencia. Durante el ingreso, ante la aparición de disnea y la imposibilidad para mantener la permeabilidad de la vía aérea, se decidió con la familia, iniciar sedación profunda y continua del paciente. A las 72 horas se produjo el exitus.

## COMENTARIO

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, implícito o delegado. Se trata de una sedación primaria, que puede ser continua o

## Clasificación de la sedación

1. **Según el Objetivo:**
  - a. **Sedación primaria:** es la disminución de la conciencia de un paciente que se busca como finalidad de una intervención terapéutica.
  - b. **Sedación secundaria (en castellano: somnolencia):** es la disminución de la conciencia de un paciente como efecto colateral de un fármaco administrado en el curso del tratamiento de un síntoma.
  
2. **Según la Temporalidad:**
  - a. **Sedación intermitente:** es aquella que permite periodos de alerta del paciente de forma permanente.
  - b. **Sedación continua:** es aquella que mantiene la disminución del nivel de conciencia del paciente
  
3. **Según la Intensidad:**
  - a. **Sedación superficial:** es aquella que permite la comunicación del paciente con las personas que le atienden.
  - b. **Sedación profunda:** es aquella que mantiene al paciente en estado de inconsciencia.

intermitente, superficial o profunda.

Entendemos por sedación terminal la administración deliberada de fármacos para producir una disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima, con la intención de aliviar un sufrimiento físico y/o psicológico, inalcanzable con otras medidas, y con el consentimiento explícito, implícito o delegado del paciente. Se trata de una sedación primaria, que puede ser continua o intermitente, superficial o profunda.

Ambos conceptos son utilizados en el abordaje de los pacientes en fases avanzadas y terminales de su enfermedad y en los que hay una clara intención paliativa.

Sedación paliativa es un concepto amplio, que engloba el concepto de sedación terminal. Este último es más específico de pacientes cuya supervivencia se prevé inferior a varios días/semanas, o de agonía, cuando la supervivencia prevista no supera algunos días.

La sedación puede llevarse a cabo de varias maneras, según el objetivo que buscamos, la duración de la misma y su intensidad.

Las indicaciones más frecuentes de sedación terminal son el delirium, la disnea, el dolor y el sufrimiento o distrés psicológico (esta última causa es de reciente aparición en diversas publicaciones); otras causas menos frecuentes son la presencia de obstrucción intestinal y las hemorragias masivas.

En la práctica clínica habitual de los Cuidados Paliativos, la administración de medicamentos sedantes no suele suponer un problema ético siempre y cuando éstos se hayan indicado de manera correcta y tenido en cuenta los principios de

autonomía, beneficencia y no maleficencia, además de contar con el consentimiento del paciente (explícito, implícito o delegado) y aplicando las consideraciones éticas del principio del doble efecto, que establece que todo acto puede tener dos efectos, uno beneficioso y otro perjudicial; este principio distingue entre las consecuencias o efectos del acto y su intencionalidad. Existen situaciones complejas en la práctica clínica en las que sólo es posible conseguir un beneficio (o evitar un perjuicio) causando un mal que no se desea; por esto, el efecto negativo está éticamente permitido si no ha sido nuestra intención provocarlo.

Por el contrario, en la actualidad presentan problemas éticos las situaciones de sedación en las que tenemos síntomas "refractarios" y en las que el problema a controlar es el sufrimiento o distrés psicológico. Un síntoma refractario es el que no puede ser adecuadamente controlado, a pesar de los esfuerzos por hallar un tratamiento tolerable que no comprometa la conciencia y en un plazo de tiempo razonable. El problema al que nos enfrentamos en los pacientes terminales es confundir lo que es un síntoma "refractario" con un síntoma de "difícil control", como puede ocurrir hoy en día, por ejemplo, con el dolor, una causa cada vez de menor indicación de sedación pues existen equipos especializados en el control del mismo. En ocasiones, ante un síntoma refractario (como la hemorragia masiva o la obstrucción intestinal), la sedación será la única opción terapéutica eficaz para el paciente, por lo que las decisiones deben estar cimentadas en los principios que rigen la ética médica y tener una intencionalidad claramente orientada a evitar el sufrimiento al paciente; se han debido agotar todas las vías de tratamiento existentes y deben de ser consensuadas (incluso por comités de bioética, si existen) y correctamente informadas.

La sedación por causas de sufrimiento emocional o distrés psicológico plantea dificultades de orden ético, ya que no contamos con las referencias objetivas de los síntomas refractarios y las decisiones han de ser tomadas por el profesional que evalúa ese sufrimiento basándose en aspectos cognitivos, afectivos y comportamentales que suelen ser de índole subjetiva. El sufrimiento emocional se caracteriza por una percepción de amenaza a la integridad del individuo y un agotamiento de los recursos personales y psicosociales para hacerle frente; por ello, la intensidad es diferente en cada ser humano.

El marco de actuación de la sedación debe contemplar, por tanto, todos los aspectos que siguen:

- Presencia de síntoma refractario en paciente con enfermedad en situación paliativa.
- Objetivo: reducir el distrés/sufrimiento.
- Disminuir el nivel de conciencia proporcionalmente a la intensidad del síntoma.
- Consentimiento del paciente (explícito, implícito o delegado).

En la actualidad está en marcha un anteproyecto de ley de Muerte Digna: Proyecto de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. Abordará el ámbito de actuación y su correspondiente marco legal, teniendo en cuenta que los cuidados que una sociedad presta a sus ciudadanos más frágiles son un exponente de su grado de civilización. En este esfuerzo colectivo, los médicos y los demás profesionales sanitarios siempre deberemos estar comprometidos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Porta J, et al. Definición y opiniones acerca de la sedación terminal: estudio multicéntrico catalano-balear. *Med Pal* 1999;6:108-15.
- Porta Sales J, et al. Comité de ética de la SECPAL. Aspectos éticos de la sedación en Cuidados Paliativos: sedación paliativa/sedación terminal. *Med Pal* 2002;9:41-6.
- Rubiales AS, Olalla MA, Hernansanz S, et al. Decisiones clínicas sobre el mantenimiento de medidas de soporte y la sedación en el cáncer terminal. *Med Pal* 2001;6:92-8.
- Cruceiro A, Núñez Olarte JM. Orientaciones para la sedación del enfermo terminal, *Med Pal* 2001;8:138-43.
- Azulay A. La sedación terminal. Aspectos éticos. *An Med Interna (Madrid)* 2003;20:645-9.
- Boceta J, Cía Ramos R, Coello JA, Duarte M, Fernández A, Sanz R, et al. Sedación paliativa y sedación terminal. Orientaciones para la toma de decisiones en la práctica clínica. Editado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. (2005).