

Sedación Paliativa del Paciente Terminal

Fabiola Leite Nogueira ¹, Rioko Kimiko Sakata, TSA, ²

Resumen: Nogueira FL, Sakata RK – Sedación Paliativa del Paciente Terminal.

Justificativa y objetivos: A pesar de la amplia discusión sobre el asunto en la literatura médica, la mayoría de las cuestiones continúa sin respuesta a causa de la falta de definiciones y orientaciones claras, además del gran número de contradicciones en la literatura. El objetivo de esta revisión, fue intentar verificar la mejor forma de sedación de los pacientes con cáncer.

Contenido: Se recogieron datos sobre la sedación: definiciones, clasificaciones, principales manifestaciones y criterios para la indicación, selección de medicamentos usados, los medicamentos más empleados, las dosis y vías, la duración de la sedación, la ayuda nutricional y la hidratación durante la sedación y sedación domiciliaria.

Conclusiones: Pese a que en los últimos años la sedación paliativa se considere como una práctica médica normal, todavía existen varias lagunas en nuestra comprensión actual sobre el tema. No existe un consenso sobre cuáles son los fármacos estándares, el mantenimiento o no de la alimentación, la ingesta de líquido y la hidratación. Además, faltan clarificaciones éticas sobre los posibles efectos en el acortamiento de la vida y el proceso de toma de decisión.

Descriptor: Asistencia Paliativa; ENFERMIDAD, Cancer; Sedación Profunda.

©2012 Elsevier Editora Ltda. Reservados todos los derechos.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento paliativo está indicado para el paciente con enfermedad avanzada en fase terminal. El paciente terminal es aquel cuya enfermedad es ya irreversible y cuando se agotan las posibilidades de rescate de las condiciones de salud del paciente y la posibilidad de muerte inminente parece inevitable y previsible. Sin embargo, existen dudas sobre el momento para el inicio, el medicamento, la dosis, y la vía que será usada para la sedación paliativa.

Con el objetivo de reducir la consciencia, ofrecer comodidad y aliviar la angustia insoportable del paciente, podemos usar medicaciones sedativas ^{1,2}. Hace mucho tiempo que se viene debatiendo la cuestión de la sedación del paciente terminal, tanto en el campo de los cuidados paliativos como externamente. Algunos autores describen la sedación del paciente terminal como una forma de eutanasia lenta o misericordiosa ^{3,4}. De acuerdo con esos autores, la sedación está asociada con importantes cuestiones éticas. A pesar de la amplia discusión sobre el asunto en la literatura médica, la

mayoría de las cuestiones continúa sin respuesta por la falta de definiciones y de orientaciones claras, además del enorme número de contradicciones existentes en la literatura ^{4,5}.

Según la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC), la “sedación paliativa” del paciente terminal debe ser diferenciada de la eutanasia. En la sedación paliativa, el objetivo es aliviar el sufrimiento usando fármacos sedativos titulados apenas para el control de los síntomas. En la eutanasia, la intención es quitarle la vida al paciente administrándole un fármaco letal ^{1,6}. Eso significa que la sedación paliativa correctamente indicada en la dosis correcta por vía adecuada, no es un “atajo” para llegar al mismo objetivo de la eutanasia ³. No existe una evidencia de que la sedación paliativa administrada correctamente acorte la vida. Para la sedación paliativa, por tanto, es muy importante que la consciencia sea reducida solo hasta el nivel suficiente para aliviar los síntomas, siendo un método individual y que puede variar ampliamente ³.

Definiciones

Muchos términos son utilizados en los estudios sobre la sedación en pacientes bajo cuidados paliativos y muchas veces son confusos. Muchos términos se usan como sinónimos dificultando la investigación bibliográfica ^{4,7}. Los términos utilizados para indicar el uso de la terapia con sedación paliativa en muchos casos nos causan dudas y a veces es para “síntomas intolerables” y otros para “síntomas refractarios”.

Algunos autores criticaron el uso del término “sedación terminal” como sinónimo de “sedación paliativa” considerando que el primero puede ser interpretado como si la intención de la sedación fuese “ponerle fin a la vida” y no referirse al alivio de los síntomas como sugiere el segundo ^{3,7}.

Recibido de la Asignatura de Anestesiología, Dolor y Cuidados Intensivos – Universidad Federal de São Paulo, Brasil.

1. ME-4 en Dolor; Especialización en Anestesiología
2. Doctora; Coordinadora del Sector de Dolor

Artículo sometido el 8 de febrero de 2011.
Aprobado para su publicación el 5 de septiembre de 2011.

Correspondencia para:
Dra. Rioko Kimiko Sakata
Rua Três de Maio 61/apto51
Vila Clementino
04044020 – São Paulo, SP, Brasil
E-mail: riokoks.dcir@epm.br

Otros autores han propuesto definiciones específicas para la sedación paliativa y los síntomas que indican su uso. La sedación paliativa por tanto, sería el uso de medicaciones sedativas con el objetivo de aliviar los síntomas intolerables y refractarios a otros tratamientos por medio de la reducción del nivel de la consciencia. Los síntomas intolerables deberían ser determinados con base en la evolución del paciente, en conjunto con el equipo médico, cuidadores y familiares. Los síntomas serían definidos como refractarios cuando todas las otras formas de tratamiento hayan fallado en controlarlos, sin comprometer el nivel de consciencia del paciente ^{4,7}.

La terapia de sedación paliativa está definida como el uso de medicamentos sedativos específicos para aliviar el sufrimiento intolerable por síntomas refractarios, por medio de la reducción de la consciencia del paciente, usando la titulación cuidadosa de medicamentos para terminar con los síntomas ⁸.

La sedación paliativa no es la eutanasia porque es una intervención proporcionada con la intención de promover el alivio de los síntomas y la muerte del paciente no es un criterio de éxito ⁸.

La sedación paliativa puede ser clasificada de acuerdo con el grado en leve o consciente, cuando la consciencia se mantiene permitiendo la comunicación del paciente y profunda, cuando el paciente permanece semiconsciente o inconsciente. De acuerdo con la duración se clasifica en intermitente cuando el paciente tiene algunos períodos de alerta y como continua, cuando el paciente queda inconsciente hasta su deceso ⁷. Para ser indicada la sedación continua y profunda, la enfermedad debe ser irreversible y avanzada, con la muerte previsible ya en horas o días ⁸. La sedación paliativa no causa una reducción del tiempo de sobrevida ⁹.

La supervivencia después del inicio de la sedación

Algunos autores han comparado el tiempo de supervivencia entre los pacientes sedados y los no sedados y no hallaron diferencia estadística en los resultados ^{4,10,11}. Sin embargo, en un estudio retrospectivo, los pacientes que recibieron sedación durante la última semana tuvieron una sobrevida significativamente mayor que los que fueron sedados solo en las últimas 48 horas de vida ¹¹. Además, en otro trabajo no fue encontrada ninguna relación entre el tiempo de supervivencia de los pacientes sedados y los fármacos utilizados ⁴.

En una unidad de cuidados paliativos, la sobrevida de los pacientes sedados fue mayor que los que no fueron sedados ¹².

Indicaciones

Las principales indicaciones para la sedación son: dolor, delirio, agitación y disnea ^{3,12-16}. Generalmente los pacientes tienen por lo menos dos síntomas refractarios y los más importantes son: dolor, fatiga, vómito, depresión, flojedad o decaimiento, cansancio, convulsiones, hemorragia, insomnio, sufrimiento, angustia y malestar ^{9,15,17-19}. La sedación está

indicada por la progresión del cáncer con caquexia y fracaso multiorgánico, y fallos en los tratamientos paliativos como esteroides para fatiga, opioides para disnea, antiseoretos para la secreción brónquica, antipsicóticos para el delirio y opioides para el dolor ¹⁷.

Existen algunos criterios para indicar la sedación del paciente terminal, los cuales deben ser secundados al pie de la letra para aliviar solamente el sufrimiento del paciente (y no de la familia) sin anticipar su deceso ^{4,20}.

Fue realizada una encuesta entre los neurólogos de la academia americana para saber su opinión con relación a la sedación. De los médicos que respondieron, un 96% creían que el objetivo de la sedación es aliviar el sufrimiento; un 85% no tuvieron en cuenta que sea equivalente la eutanasia y el 92% la consideraron aceptable para pacientes con cáncer terminal ²¹.

La indicación debe ser definida preferentemente, por el equipo multi-profesional si la enfermedad es irreversible y si la muerte se espera en una o dos semanas ³. La decisión de iniciar el tratamiento con fármacos sedativos debe estar de acuerdo con el deseo del paciente, de la familia o del responsable legal y en consenso con el equipo médico. Las contraindicaciones, metas y expectativas con relación a la sedación deben ser discutidas con la familia, con el equipo asistencial y con el paciente cuando sea posible, como también debe ser aclarada la posibilidad de suspenderla o de efectuar una intermitencia en la sedación. Todas las personas involucradas en los cuidados con el paciente deben ser informadas y añadidas al proceso. Los miembros de la familia deben ser estimulados a permanecer al lado del paciente. Se les debe dar apoyo psicológico a todos los pacientes y familiares con indicación de sedación paliativa. El apoyo al proceso de luto debe mantenerse posteriormente al deceso. El equipo asistencial mantiene la evaluación de riesgos y de necesidades considerando el aspecto espiritual, emocional, cultural y social y respetando las condiciones y las solicitudes de la familia ²⁰.

Todas las etapas del proceso de cuidado deben estar claramente descritas en la historia clínica del paciente y se recomienda que se obtenga un consentimiento informado por parte del paciente o por su responsable legal ²⁰.

Las manifestaciones de las cuales se busca el alivio deben ser intolerables para el paciente y también deben de ser claramente definidas y comprendidas como parte de la enfermedad por el profesional de salud. En un estudio que se basó en el índice de pronóstico paliativo, un 94% de los pacientes tendrían una sobrevida menor que tres meses ¹⁷.

La sedación paliativa es administrada solamente cuando el sufrimiento refractario es evidente y para pacientes que ya no tienen perspectivas ⁹. El equipo que acompaña al paciente debe tener experiencia suficiente para saber cuándo el síntoma es refractario ⁸.

Toma de decisión

La sedación debe ser considerada y discutida entre los profesionales de la salud, el paciente y su familia, frente a una

situación de grave sufrimiento causado por los síntomas refractarios. Las condiciones del paciente deben ser minuciosamente evaluadas. La decisión de sedar o no envuelve el nivel de la sedación (superficial o profunda) la elección de la medicación y de la dosis³.

En respeto a la libertad y al derecho a la autonomía, los autores recomiendan un Término de Consentimiento Informado dirigido al médico responsable y firmado por una persona adulta, a tono con los requisitos legales y donde el paciente se declara consciente de las indicaciones de los riesgos y de los cuidados que serán tomados, autorizando el tratamiento paliativo con sedativos. El Término de Consentimiento también debe contener el pedido para que sean aplicadas medidas como la reanimación cardiopulmonar, la diálisis, la conexión a un respirador y la transfusión de sangre²⁰.

En algunos países como Holanda, la legislación permite que, en casos de desacuerdo entre el equipo médico y la familia, el médico tenga la palabra final en la toma de tal decisión³. En situaciones de riesgo de vida, como la insuficiencia respiratoria debido al crecimiento tumoral o sangramiento, el equipo médico puede decidir iniciar la sedación paliativa sin consultar a la familia³.

Los criterios específicos para la sedación paliativa no son totalmente definidos en la literatura, pero deben ser respetados todos los que a continuación exponemos:

- Presencia de una enfermedad terminal con por lo menos un síntoma refractario;
- Fin de los tratamientos dirigidos al síntoma, incluyendo el tratamiento de depresión, delirios y ansiedad;
- Evaluación para las cuestiones espirituales por un clínico especializado o miembro del clero;
- Debate sobre la continuidad de la ayuda nutricional y la hidratación;
- Obtención del Término de Consentimiento Informado;
- Una orden por escrito para no reanimar²².

Selección de fármacos

El inicio de la sedación paliativa es una ocasión de gran carga emocional para la familia especialmente al inducir una rápida pérdida de la consciencia y de la comunicación. Al inicio de la sedación, algunas veces se hacen necesarias intervenciones del médico. En las fases posteriores, la administración de los fármacos puede quedar a cargo de un enfermero o de un cuidador³.

Una vez que la decisión de sedar haya sido tomada, los siguientes principios deben ser secundados²²:

- Elegir apropiadamente el agente para iniciar la sedación considerando los síntomas presentados por el paciente;
- Monitorizar el nivel de sedación utilizando escalas específicas como la de Ramsay;
- Titular la dosis de los sedativos hasta la obtención del nivel de sedación deseado;
- Administrar dosis adicionales en bolo o asociar otros agentes para el mantenimiento del nivel alcanzado.

La elección del fármaco que será utilizado para la sedación en la mayoría de los casos, depende de la experiencia de los profesionales y de la institución. Las medicaciones más usadas son los benzodiazepínicos, especialmente el midazolam y los barbitúricos. Otras medicaciones extensamente usadas son los neurolepticos²². Los benzodiazepínicos han sido usados aisladamente o en asociación con neurolepticos y opioides¹³.

En una revisión de la sedación domiciliaria, un 93% de los pacientes recibieron midazolam y 7% levomepromazina¹⁴. En otra, los medicamentos fueron: midazolam, morfina, haloperidol, fentanilo transdérmico y prometazina¹⁵. En una unidad de cuidados paliativos, el 70% de los pacientes recibieron benzodiazepínicos pero solo un 3,1% recibieron sedación profunda y continua²³.

Benzodiazepínicos

Los benzodiazepínicos son considerados los medicamentos de primera elección en ausencia de delirio. Ellos deben ser administrados por vía subcutánea o venosa en bolos intermitentes o en infusión continua²⁴.

El midazolam es el fármaco más utilizado para la sedación paliativa siendo considerado medicamento de primera elección^{8,18,25}. En esta revisión, no encontramos ningún estudio comparando el midazolam con otros fármacos. Pero por sus características farmacodinámicas se cree que posea ventajas con relación a los otros benzodiazepínicos. Es un excelente ansiolítico, tiene un efecto anticonvulsivo, genera la amnesia y causa pocos efectos adversos. Sus características farmacocinéticas también son favorables. La vida media de eliminación es corta (factor importante, principalmente en la sedación intermitente), la dosis es fácil de ser titulada, puede ser combinado con otros medicamentos usados en cuidados paliativos e incluso puede ser administrado por vía parenteral. Además, su efecto puede ser antagonizado por el flumazenil^{4,24}. En una unidad de cuidados paliativos, el midazolam fue usado en un 10% de los pacientes bajo sedación¹⁶.

Los benzodiazepínicos fueron administrados por vía oral o sublingual en 71,8% de los pacientes²³. El Lorazepam fue administrado principalmente para la ansiedad y la agitación, el oxazepam para inducir al sueño y el midazolam para la sedación²³. La agitación por el delirio puede ser aliviada con el midazolam¹². Fueron prescritos el diazepam y la clonazepam para la prevención o el tratamiento de las convulsiones²³.

El uso de benzodiazepínicos para la sedación sin embargo, no siempre implica en el adecuado control de los síntomas²⁶.

Opioides y tramadol

Los síntomas del paciente deben ser tomados en cuenta a la hora de elegir los sedativos. Si el paciente siente dolor, que es el síntoma más frecuente en el paciente en estado terminal, se

indica el uso de opioides para su alivio. A veces los opioides son usados aisladamente para la sedación¹³. Cuando el paciente tiene dolor ese medicamento puede ser suficiente para aliviar el dolor y promover la sedación paliativa. La acción de esa clase de fármaco es una acción en sinergia con la de la mayor parte de los hipnóticos y neurolepticos. La elección del opioide más adecuado debe estar basada en principio, en la intensidad del dolor. Entre los opioides disponibles destacamos la morfina como el de estándar oro para el tratamiento del dolor moderado e intenso, siendo indicada en la literatura²⁵. En una unidad de cuidados paliativos, los pacientes recibieron con mayor frecuencia la morfina por vía venosa²⁷.

Algunos opioides no deben ser usados. El propoxifeno, que es un derivado sintético de la metadona, tiene una acción opioide débil y una vida media larga, es metabolizado en el hígado en norpropoxifeno, que puede causar aumento de la excitabilidad del sistema nervioso central provocando temblores, mioclonía y convulsiones. La meperidina es un opioide con absorción oral errática, vida media relativamente corta y metabolitos tóxicos. Ese fármaco es metabolizado en el hígado en normeperidina, que tiene la mitad de la potencia analgésica del compuesto original pero causa dos veces más efectos tóxicos en el sistema nervioso central. La neurotoxicidad de la normeperidina puede ocurrir rápidamente principalmente en los pacientes con insuficiencia renal. Otros factores que pueden contribuir para la excitabilidad del sistema nervioso central, inducida por la meperidina, son los tratamientos prolongados, dosis altas, historial anterior de convulsiones y la administración concomitante de otros agentes potencialmente neurotóxicos²⁸.

La utilización del tramadol, agonista opioide débil e inhibidor de la recaptación de la serotonina y noradrenalina, está limitada en la medicina paliativa por su potencia (más de 600 mg.día⁻¹ no son recomendables). Sin embargo, puede ser usado cuando el dolor no es intenso y en asociación con otros medicamentos.

El fentanilo transdérmico no está indicado para la sedación, pero existe un relato de su uso en la literatura²⁵. Cuando el paciente está recibiendo analgesia a través de ese medicamento debe ser cambiado por morfina por vía venosa.

La administración de opioides con el objetivo de producir apenas la sedación en el paciente sin dolor, está considerada como inadecuada porque la sedación puede ocurrir asociada con los efectos no deseados, o incluso no ser alcanzada pese al uso de grandes dosis^{3,29}. Cuando el paciente siente dolor, presente en la gran mayoría de los pacientes con cáncer en fase terminal, la morfina es el primer medicamento a ser administrado y a veces es suficiente para la analgesia y la sedación.

La administración de opioide no alteró la duración de la sedación¹².

Otros

La sedación de pacientes con delirio debe ser considerada apenas después del tratamiento con los neurolepticos. En los casos refractarios, debe ser considerada la asociación de

benzodiazepínicos y neurolepticos. Los neurolepticos utilizados son la clorpromazina¹⁸, levomepromazina²⁴ y el haloperidol^{18,25,30}. Otros medicamentos usados son la prometazina²⁵ y la escopolamina¹⁸. Para pacientes con agitación intensa, puede ser usado el barbitúrico o el propofol²⁴.

Si no se obtiene un nivel adecuado en la sedación, otros fármacos pueden ser asociados con el objetivo de potenciar el efecto^{22,24}. La asociación de fármacos es muy útil, pero necesita la reducción de las dosis utilizadas debido al efecto sinérgico que la mayoría de los sedativos presenta. Se usan con frecuencia antidopaminérgicos y antihistamínicos fármacos que, además de ser sedativos, poseen un efecto antiemético²⁶. Existe un relato de una serie de casos sobre el uso de la cetamina combinado con opioides y con benzodiazepínicos para la sedación en el paciente terminal^{31,32}, y relato de un caso sobre su utilización como monoterapia para la sedación paliativa³³.

A veces los síntomas son refractarios a los benzodiazepínicos y antipsicóticos y hay que aplicar medicación alternativa. El propofol, que es un sedativo e hipnótico, puede promover el alivio de la agitación y la fatiga refractaria³⁴. En una revisión sistemática, fueron encontrados solamente cuatro artículos sobre el efecto favorable del uso del propofol para la sedación en los últimos días de vida y apenas relato de caso o casos³⁵. Ese medicamento fue administrado cuando otros medicamentos fallaron.

Dosis y vías de administración

Las medicaciones pueden ser administradas por vía venosa, subcutánea, oral (hasta que el paciente pierda la consciencia) enteral, sublingual y rectal, dependiendo de la vía que viene siendo utilizada²².

La dosis inicial de sedativos puede ser pequeña con el paciente capaz de comunicarse periódicamente⁸. La dosis de los medicamentos debe aumentar gradualmente a tono con la necesidad³⁶.

La literatura está muy limitada y todavía no hay ningún consenso con relación a la dosis de sedativos, pero algunos autores recomiendan los siguientes fármacos para la inducción y el mantenimiento de la sedación^{14,17,22,27}:

- Morfina: 20-80 mg.día⁻¹.
- Midazolam: 0,5-0,7 mg.kg⁻¹, seguida por infusión de 0,5-2 mg.h⁻¹ IV o 10 mg seguida de 1-6 mg h⁻¹ por vía subcutánea.
- Lorazepam: 0,5-5 mg por vía oral, sublingual o subcutánea, o 4-40 mg.día⁻¹ en infusión venosa o subcutánea.
- Clorpromazina: 10-25 mg.(2-8) h⁻¹ por vía oral, sublingual, o rectal, o infusión venosa.
- Haloperidol: 0,5-5 mg.(2-4).h⁻¹ por vía oral o subcutánea, o 1-5 mg.día⁻¹ en infusión.
- Pentobarbital: 2-3 mg.kg⁻¹ por vía venosa, seguida de infusión de 1 mg.kg⁻¹.

- Fenobarbital: 200 mg en bolo venoso o subcutáneo seguido de 600-1.600 mg.día⁻¹.
- Tiopental: 5-7 mg.kg⁻¹ en bolo por vía venosa seguido de infusión de 70-180 mg.h⁻¹.
- Levomepromazina: 12,5-25 mg.d⁻¹ por vía subcutánea.

Respecto de la dosis de escalonamiento de las medicaciones sedativas, no existen protocolos o guías existentes, sin embargo a no ser que exista una evidencia de una sedación inadecuada, la dosis del sedativo no debe ser aumentada²². Dosis mayores de midazolam fueron necesarias para la sedación de jóvenes que usaron el medicamento previamente y durante un tiempo mayor³⁷. La dosis inicial de opioide depende del historial de uso de analgésicos del paciente³⁸.

Las vías de administración fueron subcutánea y venosa en infusión¹⁷. La vía de administración más frecuente es la venosa, porque proporciona una concentración plasmática adecuada rápidamente y porque puede ser mantenida.

Duración de la sedación

La duración de la sedación varía. En una revisión de la sedación domiciliaria los autores relatan que varía de una a más de una semana^{9,12-15,25,36}.

El tiempo para obtener el control de los síntomas fue de 24 horas¹⁵.

La sedación no significa necesariamente que el paciente será mantenido hasta su muerte. En una unidad de cuidados paliativos, el 23% de los pacientes que recibieron sedación paliativa tuvieron alta¹⁶.

Monitorización

Desdichadamente, todavía no existen escalas específicas para auxiliar en el manejo de la profundidad de la sedación en los enfermos en estado terminal. Por lo tanto, muchos clínicos han utilizado las escalas de evaluación del nivel de sedación-agitación, como la de Ramsay y la de Richmond, aunque hayan sido validadas para la sedación paliativa²².

La sedación paliativa es eficaz y segura para la mayoría de los pacientes con cáncer en fase terminal y con síntomas refractarios³⁷. Sin embargo, las complicaciones (respiratorias y circulatorias) ocurren en un pequeño número de pacientes. Por lo tanto existe la necesidad de comparar estudios de diferentes tipos de sedación para determinar el protocolo más eficaz y seguro³⁷.

Ayuda nutricional e hidratación

Durante la evolución de la enfermedad terminal la necesidad de nutrición e hidratación puede variar. Mientras existen innumerables trabajos en la literatura sobre nutrición e hidratación en pacientes en cuidados paliativos con cáncer, al mismo tiempo no hay ninguna orientación específica para el paciente

en estado terminal. No existen evidencias de que la nutrición artificial prolongue la vida de esos pacientes y a causa de los riesgos asociados, algunos autores sugieren que no debe ser prescrita ninguna nutrición artificial para esos pacientes, debiendo ser proscrita a partir del momento que se inicia la sedación^{24,39,40}. En la práctica clínica, la nutrición por vía enteral muchas veces se mantiene.

Existe una diversidad de opiniones sobre la hidratación en el paciente terminal. En una revisión sistemática de la literatura sobre el asunto, el autor concluyó que no existe un beneficio o un perjuicio de la hidratación en esos pacientes. Algunos autores argumentan sobre el uso de fluidos en el paciente en estado terminal porque la restricción hídrica puede resultar en la disminución de la secreción pulmonar, salivar o gastrointestinal y por ende, en la reducción de la tos y el vómito, disminuyendo la necesidad de intervenciones como la aspiración para el alivio. Una menor hidratación genera disminución de la diuresis y por lo tanto, menos necesidad de cateterización vesical. Teóricamente, también tenemos la reducción de los síntomas causados por la ascitis y por el edema alrededor del tumor. Los defensores de la hidratación en el paciente terminal afirman que en el paciente bien hidratado existe un menor riesgo de sedación, convulsión, obstipación, úlceras de presión, boca seca, y toxicidad por opioides, especialmente si hay fracaso renal. Algunos autores también creen que la hidratación disminuye el surgimiento del delirio a pesar de que dos estudios randomizados no arrojen ninguna influencia de la hidratación sobre su aparición. Algunos autores creen que, en el paciente del cual se espera la muerte después de más de una semana, la deshidratación podría adelantarla⁴¹.

Las implicaciones legales, éticas y culturales de la ayuda nutricional e hídrica en los enfermos paliativos deben también ser consideradas. Aunque la ayuda nutricional e hídrica pueda ser fisiológicamente innecesaria bajo esas condiciones, su mantenimiento puede traer beneficios culturales y psicológicos. La heterogeneidad de las actitudes con relación a la hidratación en el paciente terminal, refleja la falta de consenso en la opinión de los expertos. No existe ninguna evidencia que sustente una u otra opinión²⁴.

En una unidad de cuidados paliativos, solamente tres pacientes de los 266 existentes, recibieron hidratación artificial después del inicio de la sedación⁹. En un estudio, un 63% recibieron hidratación después de la sedación y el resto no recibió hidratación debido a la retención de líquidos o a la solicitud del propio paciente¹⁷.

La decisión sobre la aplicación de la hidratación o no debe ser hecha a parte de la sedación y ofrecerse si su beneficio es mayor que su mal⁸.

Sedación paliativa para el paciente en cuidados domiciliarios

Muchos pacientes prefieren estar en su casa a la hora de la muerte y por lo tanto, la sedación paliativa para pacientes no ingresados puede ser una importante área de investigación.

Sin embargo, pocos trabajos sobre el asunto han sido publicados hasta la fecha.

A pesar de estar muy difundida la idea de que la sedación domiciliar es mejor donde el paciente está a gusto junto con sus familiares, los autores de una revisión demuestran que esa sedación se realiza entre un 5% y un 36% de los pacientes¹³.

Algunos autores consideran que son candidatos para la sedación paliativa en el domicilio los pacientes con síntomas intolerables y refractarios con una corta expectativa de vida, que vivan a menos de 20 minutos del hospital y que ya están bajo seguimiento con el equipo médico durante un buen tiempo, preferentemente durante todas las fases de la enfermedad. También consideraron como criterios para indicar la sedación en casa, la ausencia de cualesquiera otras fuentes de sufrimiento para la familia, tales como: enfermedad crónica grave, alcoholismo y abuso de drogas⁴².

Para la sedación paliativa en casa, puede ser seguido un protocolo de inducción y mantenimiento. La inducción de la sedación puede hacerse con midazolam 0,07 mg.kg⁻¹ en bolo por vía venosa. El mantenimiento se inicia con 1 mg.h⁻¹ de midazolam administrados por vía subcutánea; en caso de fallo, se aumenta para 2 mg.h⁻¹. Si incluso así el fallo persiste, se pueden añadir 3 mg.h⁻¹ de clorpromazina y 3 mg.h⁻¹ de prometazina. Si hay fallo, se administran 2 mg.h⁻¹ de midazolam, 6 mg.h⁻¹ de clorpromazina y 6 mg.h⁻¹ de prometazina. Según algunos autores, el médico y la enfermera deben acompañar la inducción de la sedación^{3,43}.

El nivel de sedación debe ser monitorizado durante la inducción y después de la estabilización, dos veces al día por médicos o enfermeras, utilizando la escala de sedación de Ramsay. Se considera como fallo en la sedación si la puntuación por la escala de Ramsay es menor que 5 después de 12 horas de tratamiento^{22,42}.

Los opioides deben mantenerse y la dosis debe ser ajustada cuando el dolor no esté controlado. El opioide de elección es la morfina, por ser más fácil de titular la dosis. Los opioides transdérmicos u orales deben ser cambiados por la morfina en dosis equivalentes^{38,42}.

Debe ser hecha la hidratación del paciente pero de una forma restrictiva en general hasta 1.000 mL de solución fisiológica por día, e insertar una sonda vesical para el control de la diuresis y la prevención de la retención urinaria^{41,42}.

Durante la sedación, el equipo médico y el de enfermería deben de estar de guardia para un posible caso de emergencia⁴².

CONCLUSIONES

A pesar de que en los últimos años la sedación paliativa sea considerada como una práctica médica normal, todavía existen varias lagunas en nuestra comprensión actual sobre el problema. No existe un consenso sobre cuáles son los fármacos estándares, el mantenimiento o no de la alimentación, la ingesta de líquidos y la hidratación. Además de eso, nos faltan clarificaciones éticas sobre posibles efectos en el

acortamiento de la vida y el proceso de toma de decisión. Es importante definir los criterios explícitos y las condiciones para el uso de la sedación en el paciente terminal con el fin de contribuir a una buena práctica médica en esa área.

Por ahora, lo que es esencial es generar constantes debates sobre el asunto y que los médicos y los demás profesionales de la sanidad sean conscientes de las normas y de los puntos de partida para, al llegar el momento final, poder ofrecerle al paciente las conductas adecuadas que puedan aliviar su dolor y su sufrimiento.

REFERENCIAS

- Muller-Busch HC, Andres I, Jehser T – Sedation in palliative care- a critical analysis of 7 years experience. *BMC Palliat Care*, 2003;2(1):2.
- Gonçalves JAF – Sedation and Expertise in Palliative Care. *J Clin Onc*, 2006;24(25):44-45.
- Verkerk M, van Wijlick E, Legemaate J et al. – A national guideline for palliative sedation in the Netherlands. *J Pain Symptom Manage*, 2007;34(6):666-670.
- Claessens P, Menten J, Schotsmans P et al. – Palliative sedation: A review of the research literature. *J Pain Symptom Manage*, 2008;36(3):310-133.
- Kettler D, Nauck F – Palliative care and involvement of anaesthesiology: current discussions. *Curr Opin Anaesthesiol*, 2010;23:173-176.
- Hoven B. What to do when a competent ICU patient does not want to live anymore but is dependent on life-sustaining treatment? Experience from the Netherlands. *Intensive Care Med*, 2010;36:2145-2148.
- Morita T, Tsuneto S, Shima Y – Definition of sedation for symptom relief: a systematic literature review and a proposal of operational criteria. *J Pain Symptom Manage*, 2002; 24(4):447-453.
- 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.
- Claessens P, Menten J, Schotsmans P et al. – Palliative sedation, not slow euthanasia: A prospective, longitudinal study of sedation in Flemish Palliative Care Units. *J Pain Symptom Manage*, 2010 Sep 9. [Epub ahead of print].
- Vitetta L, Kenner D, Sali A – Sedation and analgesia-prescribing patterns in terminally ill patients at the end of life. *Am J Hosp Pall Care*, 2005;22:465-473.
- Sykes N, Thorns A – Sedative use in the last week of life and the implications for end-of-life decision making. *Arch Intern Med*, 2003;163:341-344.
- Mercadante S, Intravaia G, Villari P et al. – Controlled sedation for refractory symptoms in dying patients. *J Pain Symptom Manage*, 2009;37(5):771-779.
- Mercadante S, Porzio G, Valle A et al. – Palliative Sedation in Patients with Advanced Cancer Followed at Home: A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage*. 2011 Jan 11. [Epub ahead of print]
- Alonso-Babarro A, Varela-Cerdeira M, Torres-Vigil I et al. – At-home palliative sedation for end-of-life cancer patients. *Palliat Med*, 2010;24(5):486-492.
- Rosengarten OS, Lamed Y, Zisling T, Feigin A, Jacobs JM. – Palliative sedation at home. *J Palliat Care*, 2009;25(1):5-11.
- Elsayem A, Curry Iii E, Boohene J et al. – Use of palliative sedation for intractable symptoms in the palliative care unit of a comprehensive cancer center. *Support Care Cancer*, 2009;17(1):53-59.
- Morita T, Chinone Y, Ikenaga M et al. – Ethical validity of palliative sedation therapy: a multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan. *J Pain Symptom Manage*, 2005;30(4):308-319.
- Kohara H, Ueoka H, Takeyama H et al. – Sedation for terminally ill patients with cancer with uncontrollable physical distress. *J Palliat Med*, 2005;8(1):20-25.

19. Santasuanan AV, Jiménez NC, Salvador S et al. – The final week of life in an acute care hospital: review of 401 consecutive patients. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 2008;43(5):284-290.
20. Marín JLM, Reta IS, Campos RAI et al. – Treatment recommendations at the end of the life of the critical patient. *Med Intens*, 2008;32(3):121-33.
21. Russell JA, Williams MA, Drogan O – Sedation for the imminently dying: survey results from the AAN Ethics Section. *Neurology*, 2010;74(16):1303-1309.
22. Rousseau P – Palliative sedation in the management of refractory symptoms. *J Support Oncol*, 2004; 2:181-186.
23. Stiel S, Krumm N, Schroers O et al. – [Indications and use of benzodiazepines in a palliative care unit]. *Schmerz*, 2008;22(6):665-671.
24. De Graeff A, Dean M – Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standards. *J Pall Med*, 2007;10:67-85.
25. Rosengarten OS, Lamed Y, Zisling T et al. – Palliative sedation at home. *J Palliat Care*, 2009;25(1):5-11.
26. Krakauer EL, Penson RT, Truog RD et al. – Sedation for intractable distress of a dying patient: acute palliative care and the principle of double effect. *Oncologist*, 2000;5:1:53-62
27. Mercadante S, Ferrera P, Casuccio A – The use of opioids in the last week of life in an acute palliative care unit. *Am J Hosp Palliat Care*. 2010;27(8):514-517.
28. Hasselaar JGJ, Verhagen SCAHVM, Wolff AP et al. – Changed patterns in Dutch palliative sedation practices after the introduction of a National Guideline. *Arch Intern Med*, 2009;169(5):430-437.
29. Von Roenn JH, Von Gunten CF – Are We Putting the Cart Before the Horse? *Arch Intern*, 2009;169(5):429.
30. Morita T, Tsunoda, J, Inoue S, Chihara S et al. – Effects of high dose opioids and sedatives on survival in terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage*, 2001;21(4):281-289.
31. Berger JM, Ryan A, Vadivelu N et al. – Ketamine-fentanyl-midazolam infusion for the control of symptoms in terminal life care. *Am J Hosp Palliat Care*, 2000;17(2):127-132.
32. Okon T – Ketamine: an introduction for the pain and palliative medicine physician. *Pain Phys*, 2007;10:493-500.
33. Carter MJ, Thomas S, Forbes K et al. – Ketamine: does it have a role in palliative sedation? *J Pain Symptom Manage*, 2008;36:1-3
34. Herndon CM, Zimmerman E – High-dose propofol drip for palliative sedation: a case report. *Am J Hosp Palliat Care*, 2008 Dec-2009-;25(6):492-495.
35. McWilliams K, Keeley PW, Waterhouse ET – Propofol for terminal sedation in palliative care: a systematic review. *J Palliat Med*, 2010;13(1):73-76.
36. Sykes N, Thorns A – Sedative use in the last week of life and the implications for end-of-life decision making. *Arch Intern Med*, 2003;163(3):341-344.
37. Morita T, Chinone Y, Ikenaga M et al. – Efficacy and safety of palliative sedation therapy: a multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan. *J Pain Symptom Manage*, 2005;30(4):320-328.
38. Américo AFQ – As últimas 48 horas de vida. Em: Carvalho RT - *Manual de Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro, Editora Diagraphic, 2010;290-298.
39. Hawryluck LA, Harvey WR, Lemieux-Charles L, Singer PA. Consensus guidelines on analgesia and sedation in dying intensive care unit patients. *BMC Med Ethics*, 2002;3:1-9.
40. Quill TE, Lo B, Brock DW – Palliative options of last resort: a comparison of voluntarily stopping eating and drinking, terminal sedation, physician-assisted suicide, and voluntary active euthanasia. *JAMA*, 1997;278:2099-2104.
41. Craig GM – On withholding nutrition and hydration in the terminally ill: has palliative medicine gone too far? *J Med Ethics*, 1994;20:139-143.
42. Porzio G, Aielli F, Verna L et al. – Efficacy and safety of deep, continuous palliative sedation at home: a retrospective, single-institution study. *Support Care Cancer*, 2010;18:77-81.