

# Anestesiología y sedación paliativa: pertinencia, aspectos éticos y clínicos

Jairo Moyano, MD.\*, Carlos Guerrero, MD.\*, Sofía Zambrano Psic\*, Ángela Hernández, MD.\*\*

## RESUMEN

*La atención médica al final de la vida es una situación a la que se enfrentan, cada vez con más frecuencia, los anestesiólogos. En esas circunstancias es esencial un enfoque médico y ético apropiado, con el fin de garantizar una calidad de muerte adecuada para el paciente y su familia.*

*Se describe un caso de un paciente de 42 años, con cáncer de colon metastático, a quien se le inició sedación paliativa en presencia de síntomas refractarios, tanto físicos como existenciales.*

*La práctica de la sedación como una opción terapéutica válida dentro de un contexto de atención paliativa eficiente, debe llevarse a cabo teniendo en cuenta los principios éticos y médicos relevantes. Así mismo, hay que reconocer las características propias de la formación del anestesiólogo, para que no se limite este tipo de atención en los pacientes al final de su vida.*

*La atención médica al final de la vida es una situación que, cada vez con más frecuencia, enfrentamos los anestesiólogos.*

*La sedación paliativa se establece como una opción terapéutica, basada en importantes criterios éticos y clínicos. En el momento de iniciarla hay que asegurarse del cumplimiento de dichos criterios, que deben evidenciarse frente al paciente, la familia y el grupo de salud.*

## CASO CLÍNICO

Hombre de 42 años, con cáncer de colon metastásico de 2 años de evolución, tratado inicialmente con cirugía oncológica, quimio y radioterapia.

**Día 1:** Ingresa por dolor abdominal de varios meses de evolución, que se intensificó en los 3 días anteriores con VAS 6/10, estreñimiento de 5 días y mal patrón de sueño; el paciente venía siendo manejado ambulatoriamente con morfina oral, sin respuesta a múltiples dosis de rescate, previos al ingreso. Se decide hospitalizar para titulación, cambio de ruta de administración, optimización de síntomas físicos y manejo de la claudicación familiar. Al ingreso presentó un índice de Karnofsky de 60%, un estado minimal de 29/29, mucosas secas, Glasgow 15/15 y gran distensión abdominal.

**Día 2:** Alivio parcial del dolor abdominal. Se reajusta la dosis de morfina en un 25% y se inicia PCA de morfina como sistema de titulación y para controlar las exacerbaciones de dolor. Alprazolam 0,25 mg. P.O. 8.00 pm.

**Día 3:** Se pensó en dar salida para asistir al cumpleaños del hijo, la cual no se llevó a cabo por empeoramiento del dolor y la ansiedad. Alprazolam 0.5 mg. Incremento de morfina en un 125% en 24h. Haloperidol 5 mg. BID.

**Día 4:** Conflictos familiares no resueltos. Continúa incremento de dosis.

**Día 5:** Pese al aumento en la dosis, empeoramiento de todos los síntomas físicos y de sufrimiento psicológico.

Se replantea la situación así:

Presencia de enfermedad neoplásica irreversible, obstrucción intestinal, terminalidad, conflictos psicosociales, sufrimiento psicológico (incremento en ansiedad, angustia), estado mental normal y ausencia de depresión clínica; dolor físico controlado. Se lleva a cabo una reunión con el paciente y los cuidadores, acordándose el inicio de sedación superficial intermitente. Se inicia midazolam 3 mg. IV Q4H.

**Día 6:** Interconsulta a psiquiatría, continúa manejo con haloperidol y midazolam y se confirma capacidad de autonomía del paciente; se inicia psicoterapia de apoyo familiar.

**Día 7:** Persistencia de sintomatología. Plan: rotación de opioides, inicio de sedación continua con midazolam e hidromorfona, previo consentimiento informado con el paciente y la familia.

**Día 8:** Se ordena disminuir intervenciones de monitoría de parte de enfermería, se suspende midazolam y se inicia propofol para sedación. Ramsay 4.

**Día 9:** Posterior a reunión del grupo de cuidado paliativo se decide rotar hidromorfona por fentanyl y reajustar las dosis de propofol. La familia está satisfecha con el nivel de sedación alcanzado.

**Día 10:** Continúa con sedación profunda, deterioro progresivo de signos vitales y fallece.

\* Clínica de Dolor y Cuidado Paliativo, Departamento de Anestesia, Fundación Santa Fe de Bogotá. Email: jairomoyano@cable.net.co

\*\* MD. Residente de Anestesia II año. Fundación Cardioinfantil.

## DISCUSIÓN

Un tema importante de debate en el cuidado paliativo, es la *sedación terminal*; proceso en el que la intervención activa del anestesiólogo puede ser parte fundamental, para contribuir a una adecuada calidad de muerte y acompañamiento de su familia. Es primordial tener en cuenta los diferentes dilemas éticos, clínicos, terapéuticos, morales y religiosos; sobretodo, en el límite con otro tipo de intervención ampliamente reconocida como es la eutanasia<sup>3,4</sup>.

Se debe partir entonces por aclarar algunos términos de uso frecuente:

**Sedación<sup>5</sup>:** es la acción producida por sustancias que disminuyen la sensación de dolor, principalmente la excitación del sistema nervioso central, que está relacionada con sus cualidades analgésicas, tranquilizantes e hipnóticas; el tipo de acción que se alcanza depende de la dosis administrada.

Se clasifica como:

- Intermitente o Continua: De acuerdo al modo de administración.
- Profunda vs superficial: De acuerdo a la intensidad, siendo esta última la que permite la comunicación con el paciente (mantiene el paciente con algunos períodos de conciencia).

**Síntoma refractario<sup>6</sup>:** Es aquel síntoma, físico o psicológico, que no puede ser adecuadamente controlado, a pesar de optimizar el manejo de acuerdo a los mejores estándares conocidos, sin que comprometa la conciencia del paciente.

**Sedación paliativa<sup>1,7,8</sup>:** Es la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más de los síntomas refractarios (aspectos éticos).

### Manejo Médico de la Sedación Paliativa

No se conocen estadísticas nacionales o latinoamericanas acerca del uso de sedación terminal en cuidados paliativos, sin embargo trabajos en curso revelan la falta de uniformidad en las principales indicaciones<sup>9</sup>.

La incidencia de sedación paliativa varía desde un 2% a un 52%, cuya disparidad es atribuida a la diversidad de definiciones, la naturaleza retrospectiva de muchos estudios, y las discrepancias culturales, religiosas y éticas<sup>6</sup>.

**Tabla 1.**  
Variación en las indicaciones

Síntomas	Rietjens <sup>2</sup> (2006)	Morita et al. <sup>10</sup> (2005)	Cataluña <sup>7</sup> (2005)
Dolor	57%	15%	23,2%
Disnea	8%	41%	10,7%
Fatiga	71%	44 %	17%
Delirium	86%	34%	10,7%
Sufrimiento psicológico	88%	25%	54,4%

### Consideraciones éticas de la sedación paliativa

Cuando el paciente se halla en el tramo final de su vida, el objetivo prioritario no será habitualmente la salvaguarda de la misma, sino la preservación de la calidad de vida que todavía queda. Es por esto que en el paciente en situación de enfermedad terminal, es francamente maléfico permitir el sufrimiento del enfermo por temor de que se pueda adelantar la muerte, al buscar el alivio de síntomas<sup>11</sup>.

Los principios éticos que guían la práctica médica son la *beneficencia*, que se entiende como la obligación de los profesionales de la salud de hacer el bien a sus pacientes, teniendo claro el respeto de la autonomía, la imperfección de las acciones humanas y evitar hacer daño. La *no maleficencia*, entendida no solamente como no provocar daño o evitar terapéuticas inadecuadas o fútiles, sino también la negligencia, la falta de atención, el descuido o abandono del paciente que necesita un tratamiento. El principio de *justicia*, que implica ofrecer las mismas oportunidades a los pacientes, con base en el reparto equitativo de recursos, garantizando el bien común, sin discriminación. Otros principios invocados son el doble efecto y la proporcionalidad<sup>7, 10</sup>.

En consecuencia, la sedación es éticamente permisible bajo los principios mencionados: los anestesiólogos realizamos la sedación con el intento explícito de paliar los síntomas sin causar la muerte y en presencia de intolerabilidad, refractariedad del sufrimiento, corta expectativa de vida, respetando la decisión del paciente y de la familia<sup>10</sup>.

De otra parte, una limitante que se relaciona con la formación profesional y el rol del anestesiólogo, es la del reconocimiento de algunas características de sufrimiento psicosocial que están presentes en estos pacientes y que también son una indicación para la sedación<sup>12,13</sup>. De esta manera, es importante involucrar a los familiares y al mismo paciente o a un profesional de la salud mental, quiénes manifestarán qué tan presentes están estos síntomas y qué tanto se modifican con el tratamiento que se instaure antes de iniciar la sedación.

**Tabla 2.**  
Fármacos más utilizados en la sedación paliativa.

Fármaco	Rietjens <sup>2</sup> (2006)	Morita et al. <sup>10</sup> (2005)
Benzodicepinas	60%	76,4%
Morfina	36%	--
Otros	3%	
Fenobarbital		35,2%

Fundamentado en la ética médica, el grupo de cuidado paliativo debe ser autocrítico respecto a las intervenciones que haya instaurado, de manera que no emplee la sedación para cubrir sus limitaciones en el manejo de los síntomas. Hay que justificar y haber descartado la efectividad de otros manejos, incluso frente a la presencia de sufrimiento psicológico<sup>6,8,12,13</sup>.

Debido a la complejidad de la situación, el equipo de salud no debe perder de vista que las necesidades del

paciente están en primer lugar y secundariamente las de su familia<sup>14,15</sup>.

Es válido reconocer que la atención médica al final de la vida, puede generar un gran nivel de estrés en el personal de salud a cargo. Es indispensable que el equipo esté conformado por profesionales idóneos, que sepan identificar y solucionar estas situaciones, usualmente, mediante la comunicación entre sus miembros con espacios abiertos de debate, ya que de esto depende el éxito de la sedación<sup>7</sup>.

Una recomendación práctica para el equipo tratante será evaluar siempre el nivel de información que tienen los pacientes y sus familiares<sup>16</sup> que, generalmente, es deficiente, incluso frente a la inminencia de la muerte; esta barrera en el momento de iniciar la sedación, genera una sensación de malestar en los familiares quienes, por no estar seguros de la posible evolución del paciente, quieren esperar hasta el último momento, incluso en presencia de síntomas agónicos.

En síntesis, la sedación paliativa terminal, que se diferencia claramente de la eutanasia<sup>1-4</sup>, es una opción terapéutica útil y válida en pacientes cuidadosamente seleccionados por un equipo multidisciplinario, frente a casos refractarios de sufrimiento físico o existencial<sup>6,8,12,13</sup>.

**Lista mínima de chequeo para tomar la decisión de sedación paliativa. Principios éticos esenciales.**

Optimización del tratamiento sintomático
Diagnóstico estricto de terminalidad
Autonomía del paciente y la familia (información completa).
Principio de Beneficencia - No maleficencia y justicia
Decisiones en consenso (objetivos paliativos definidos)

**REFERENCIAS**

1. Billings JA, Block SD. Slow eutanasia. *J Palliat Care*. 1996; 12: 21-30
2. Rietjens. Terminal Sedation and Euthanasia. *Arch Intern Med*. 2006; 749 - 753.
3. Gillick M. Editorial. Terminal Sedation: An acceptable exit strategy. *Ann Internal Med*, 2004, 141:235-237
4. Quill TE, Meier DE. The Big Chill-Inserting the DEA into End-of-Life Care. *N Engl J Med*. 2006, 354: 1-3.
5. FALTA
6. Rousseau P. Palliative Sedation in the Control of Refractory Symptoms. *J Palliat Med*. 2005, 8:10-12.
7. Clavé E. Sedación Profunda Terminal. In: Astudillo W, Casado da Rocha A, Mendinueta C, editors. Alivio de las Situaciones Difíciles y del Sufrimiento en la Terminalidad. 1era Ed. San Sebastian: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. 2005: 267-304.
8. Morita T, Tsuneto, Shima Y. Definition of Sedation for Symptom Relief: A Systematic Literature Review and a Proposal of Operational Criteria. *J Pain symptom Manage*, 2004, 24:447-453.
9. Moyano JR, Guerrero C, Ceballos C, Santacruz CM, Zambrano SC. Latin american survey of Palliative Sedation: Practices and attitudes. (Documento sin publicar).
10. Morita T, Chinone Y, Ikenaga M, Miyoshi M, Nakaho T, Nishitaten K, 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. 30:308-319.
11. Comité Ético de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, Centro de documentación de Bioética. Universidad de Navarra. Abril 2002.
12. Morita T, Junichi T, Satoshi I, Satoshi C. Terminal Sedation for Existential Distress. *Am Journal Hosp Palliat Care*. 2000, 17:189-195.
13. Morita T. Palliative Sedation to Relieve Psycho-Existential Suffering of Terminally Ill Patients. *J Pain symptom Manage*, 2004, 28: 445-450.
14. Crippen D, Levy M, Truog R, Whetstone L, Luce J. Debate: What constitutes 'terminality' and how does it relate to a Living Will? *Crit Care* 2000, 4:333-338
15. Morita T, Ikenaga M, Adachi I, Narabayashi I, Kisawa Y, Honke Y. Family Experience with palliative sedation therapy for terminally ill cancer patients. *J Pain symptom Manage*, 2004, 28:557-565.
16. Moyano JR, Guerrero C, Zambrano SC. Cuidado al Final de la Vida: Información y Satisfacción desde las perspectivas de los familiares. Poster presentado en el III Congreso Latinoamericano de Cuidados Paliativos. Isla Margarita, Marzo 2006.