

# Recomendaciones a los profesionales sanitarios para la atención a los enfermos al final de la vida

Comité de Bioética de Cataluña (2010)

## 5.6. La sedación como demanda o propuesta razonable

La sedación es **un procedimiento terapéutico antiguo y de amplio uso** en diferentes especialidades médicas, sin la cual determinadas actuaciones generarían dolor o malestar. Por ejemplo, no concebimos someter a un paciente a una broncoscopia sin la sedación correspondiente, o no tratar con sedantes una crisis de pánico, a pesar de aceptar los riesgos. Se ha incorporado al arsenal terapéutico de los cuidados paliativos para hacer frente a las situaciones en que es necesario disminuir o anular la percepción que tiene el enfermo de uno o más síntomas que, por su intensidad y respuesta insuficiente al tratamiento, le producen un sufrimiento inaceptable.

Así, la sedación **está indicada** cuando una persona enferma tiene que afrontar una situación que le genera sufrimiento. La sedación se realiza mediante la administración de fármacos. La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) define la *sedación paliativa* como «la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la consciencia de un paciente con una enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea necesario para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios»<sup>28</sup> También parece adecuado, como veremos, atender a la demanda de un paciente que sufre por el hecho de verse morir y que nos pide que únicamente desea «dormir».

**El acortamiento de la vida**, como efecto hipotético de la sedación paliativa, es difícil de medir y **es un riesgo aceptable cuando es el único medio para controlar los síntomas refractarios**. Al practicarse en un contexto próximo a la muerte, se ha equiparado falsamente a la eutanasia, y es urgente aclarar esta confusión. En realidad, **sedación y eutanasia se diferencian** tanto en el objetivo (“paliar el sufrimiento provocado” frente a “poner fin a la vida del paciente”) como en el procedimiento (“fármacos en dosis y combinaciones adecuadas” frente a “fármacos en dosis y combinaciones letales”) y en el resultado (“alivio del sufrimiento” frente a “muerte rápida”). De hecho, el proceso de la muerte es debido a la evolución de la enfermedad, y la sedación es una herramienta de tratamiento cuando los síntomas la requieren.

Hay que decir que, en principio, la práctica del llamado *cóctel lítico* (infusión intravenosa de morfina con clorpromazina y prometazina) no es defendible ya que, aparte de su nombre siniestro, acostumbra a no personalizar las necesidades del enfermo ni los síntomas, ni se aplica con una graduación suficientemente proporcionada, todos ellos requisitos básicos de una buena sedación.

### **Requisitos para la sedación**

#### *a) Existencia de un síntoma refractario*

Un *síntoma refractario*, somático o psíquico, es el que no se ha podido controlar adecuadamente, a pesar de los esfuerzos por encontrar un tratamiento en un plazo razonable sin comprometer la consciencia de la persona enferma. **La diferencia respecto al síntoma difícil** es que este último es aquel que simplemente necesita una intervención terapéutica intensiva, más allá de lo que es habitual. Hay que enfatizar el factor tiempo, porque quizás una determinada opción terapéutica correctamente indicada en un momento deja de ser válida con el tiempo. Los síntomas refractarios que requieren más sedación al final de la vida suelen ser, entre otros, el delirio, la disnea y el excesivo malestar emocional.

*b) El objetivo es disminuir el sufrimiento del enfermo*

Con la sedación se persigue **el confort del enfermo**. Una sedación no está indicada por el hecho de que la familia esté sufriendo o porque el equipo asistencial esté agotado o desbordado; en estos casos, la estrategia debería ser otra, 5. Retirada del respirador (gradual o brusca). Este es el paso más difícil a causa de la inmediatez visible entre la acción y el resultado (véase el apartado 6.5).

como por ejemplo aumentar el apoyo a la familia y ayudarse de una consulta al especialista o de un ingreso en una unidad de cuidados paliativos. Debe saberse reconducir la demanda de los otros para que «se acabe pronto» y hay que demostrar un control del proceso.

*c) Disminución proporcionada del nivel de consciencia*

Se tiende a equiparar la sedación al coma farmacológico y a la pérdida total e irreversible de consciencia, cuando en realidad **incluye un amplio abanico** de posibilidades, tanto por el grado de disminución de la consciencia (desde la más superficial hasta la más profunda) como por la duración (transitoria, por ejemplo, para una desimpactación fecal o para un cuidado doloroso, intermitente, para controlar un insomnio pertinaz; o continua e irreversible, para controlar un delirio agitado en la agonía.<sup>28, 89</sup>

**El grado de sedación adecuado** en una persona que tiene que morir es el que proporciona el sosiego o el estado necesario para que esté confortable y, de manera óptima, mantenga incluso una cierta capacidad de comunicación con el entorno.

*d) Farmacopea*

Acostumbran a utilizarse para la sedación las benzodiazepinas (midazolam), que son las más utilizadas; los anestésicos (propofol) y los neurolepticos (levomepromazina), dejando aparte los analgésicos para el dolor (véase el anexo 3).

Se tienen que priorizar las vías de administración menos molestas o invasivas.

Convendría que todos **los profesionales que atienden a los enfermos que tienen que morir se familiarizaran con el manejo de estos medicamentos**.

Hay que recordar que la decisión de sedación profunda e irreversible comporta la limitación de otras actuaciones (exploratorias o terapéuticas) que ya no serán de utilidad para el enfermo.

*e) Demanda o aceptación*

La sedación, como cualquier procedimiento sobre el enfermo, **requiere que haya un acuerdo con su voluntad, ya sea escuchando su demanda u obteniendo la aprobación (consentimiento) de nuestra propuesta**. Debe implicarse al paciente en la toma de la decisión, si las capacidades cognitivas y el estado emocional se lo permiten. Si no se puede, la decisión se tendrá que consensuar, por sustitución, con el representante nombrado o los familiares.

**Es muy importante la manera** de conocer su voluntad. Pero, tanto si se conoce mediante la petición suya, como tras su aceptación de nuestra propuesta, tanto si es por parte del paciente como por parte de la familia, **no es un buen momento para formalizar ningún documento, ni el de consentimiento: no está indicado en un momento así**.

También **puede ser inadecuado**, incluso cruel, mostrar una actitud defensiva que reclame una explicitación que el enfermo rehuye o que no está en condiciones de darnos. Es evidente que esta situación tampoco debería ser motivo para una inhibición terapéutica que tolere el sufrimiento visible ni para decidir una sedación unilateralmente. Lo más deseable es haber podido establecer antes una relación de confianza con el enfermo que haya favorecido **un diálogo y un pacto previsor** que nos permita, llegado el momento, saber su voluntad (y, quizás, su preferencia por delegar la decisión puntual). Ayuda mucho que el enfermo haya podido expresar anticipadamente esta voluntad de sedación (y quizás de delegación para el momento oportuno) en un DVA o en un PAC

documentado en la historia clínica.

*Ejemplo: consta claramente que «llegado el momento final, pido una sedación y no ser consciente de la muerte ni de las decisiones al respecto sobre esta».*

Cuando la **demanda es clara** en el mismo proceso de agonía, y no presenta problemas de interpretación para nadie, la buena práctica es suministrar la sedación sin más pruebas.

*Ejemplo: «sé que me estoy muriendo; ayúdeme: no quisiera sufrir más». O bien: «Quisiera estar dormido hasta el final».*

Si nos llega una **demanda de practicar una sedación paliativa en un momento próximo a la agonía (pero sin haber llegado a esta)**, hay más tiempo y en general más competencia para iniciar un diálogo. Deberíamos enterarnos del motivo de la demanda y tendríamos que informar que la sedación puede ser proporcional al síntoma o a la angustia, y que, si se quiere, puede ser transitoria para dar pie a volver a hablar de ello y retomarla si hace falta.

*Ejemplo (ante la demanda): «sí, ya veo que está muy angustiado y que pide un descanso. Le ofrezco una medicación que lo dejará durmiendo unas cuantas horas. Después veremos si se encuentra mejor, y decidimos si hay que continuarla o no».*

Ahora bien, si no hay demanda previa de la persona enferma y, llegado el momento, creemos que la sedación está indicada y es oportuna, debemos **plantearle la situación** con la máxima delicadeza y de manera personalizada y asequible a sus condiciones. Vista la trascendencia de la situación y la contundencia del contenido, se trata de ser fieles a la verdad y también consecuentes con la confianza que requiere toda relación clínica.

*Ejemplo: «veo que está cansado, que sufre demasiado por el malestar que le produce el ahogo. Le ofrezco una medicación que le puede quitar el malestar y ya no tendrá la sensación de ahogo, pero que lo dejará muy dormido». O bien: «parece que el final se acerca y veo que está sufriendo mucho. El malestar se puede controlar con una medicación que también lo dejará muy dormido, sedado. Quizás querría ver o avisar a alguien antes; si es así, ahora es el momento. ¿Qué me dice?».*

Puede haber algún caso **de urgencia perentoria** en que la sedación sea necesaria inmediatamente para disminuir el impacto de la situación y sea muy difícil conseguir la autorización del enfermo en aquel momento. Entonces debe preferirse una sedación proporcional a la actuación y evaluar la posible reversibilidad.

*Ejemplo: enfermo oncológico con una hemoptisis masiva y brusca, o delirio hiperactivo, etc.*

#### *f) Documentación imprescindible*

Finalmente, hay que recordar que es esencial consignar todo el proceso de la sedación en la **historia clínica**: descripción de la situación, carácter refractario del síntoma (sea físico o psíquico), pronóstico del paciente, forma de expresión de la voluntad del enfermo (demanda o aceptación de una propuesta de los profesionales), procedimiento utilizado (fármacos, vía y dosis) y respuesta obtenida (grado de confort, monitorización del nivel de consciencia, etc.).

Todo **protocolo de sedación** debería incorporar estas recomendaciones de reflexión para una buena práctica.

## **ÉTICA Y MUERTE DIGNA**

**Comisión autonómica de Ética e Investigación Sanitaria. Junta de Andalucía. 2008**

### **SEDACIÓN PALIATIVA**

La sedación paliativa no es diferente de cualquier otro tratamiento, con sus indicaciones clínicas y sus potenciales efectos secundarios, que incluso pueden llevar a la muerte. Por tanto, el proceso de sedación debe respetar el marco ético de los cuatro principios éticos de igual forma que cualquier otro tratamiento. Esto significa hacerlo en la indicación adecuada y de manera técnicamente correcta (principio de no maleficencia), con un buen uso de los recursos (principio de justicia), contando con el consentimiento informado del paciente o de su representante o sustituto (principio de autonomía) y procurando optimizar su bienestar (principio de beneficencia). Cuando estas condiciones se cumplen, la práctica de la sedación paliativa es éticamente correcta.