

# Sedación paliativa: experiencia en una unidad de cuidados paliativos de Montevideo

Dres. David Santos\*, Adriana Della Valle†, Psic. Beatriz Barlocco‡, Lic. Jeannette Pereyra§, Aux. Enf. Delia Bonilla¶

Unidad de Cuidados Paliativos del Servicio de Oncología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Montevideo, Uruguay.

## Resumen

**Introducción:** la sedación paliativa es una maniobra terapéutica usada con cierta frecuencia en los pacientes al final de la vida y constituye una buena práctica médica cuando está bien indicada.

**Objetivos:** analizar la prevalencia, las indicaciones, dosis y el proceso de sedación en la unidad de cuidados paliativos (UCP) del Hospital Central de las Fuerzas Armadas de Montevideo y compararlo con estudios internacionales.

**Material y método:** es un estudio descriptivo y retrospectivo de 274 pacientes tratados en forma consecutiva por la UCP desde 1° de diciembre de 2006 hasta el 30 de junio de 2008.

**Resultados:** la edad media fue de 65 años. Los motivos de sedación fueron: delirio 35/58 (60,3%), dolor 26/58 (44,8%), disnea 10/58 (17,2%), convulsiones 2/58 (3,4%), vómitos 1/58 (1,7%). Los fármacos utilizados en la sedación fueron: midazolam en 56/58 (96,5%) y haloperidol en 23/58 (39,6%). El intervalo entre el inicio de la sedación y el fallecimiento fue de 2,6 días. En 100% de los casos hubo consentimiento implícito, explícito o delegado.

**Conclusiones:** la sedación paliativa es un procedimiento terapéutico destinado al alivio de los síntomas refractarios que pueden aparecer en el contexto del enfermo al final de la vida. Se deben cumplir los siguientes requisitos: síntoma refractario, enfermedad terminal y consentimiento, y en lo posible estar avalada por una segunda opinión médica. La sedación paliativa no es eutanasia y las diferencias están en el objetivo, el proceso y el resultado.

**Palabras clave:** SEDACIÓN PROFUNDA - ética.  
ATENCIÓN PALIATIVA - ética.  
CONSENTIMIENTO INFORMADO.

**Keywords:** DEEP SEDATION - ethics.  
PALLIATIVE CARE - ethics.  
INFORMED CONSENT.

\* Médico Internista, especialista en Cuidados Paliativos. Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Uruguay.

† Médico Oncólogo, especialista en Cuidados Paliativos. Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Uruguay.

‡ Psicóloga Médica. Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Uruguay.

§ Licenciada en Enfermería, especialista en Cuidados Paliativos. Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Uruguay.

¶ Auxiliar de Enfermería, especialista en Cuidados Paliativos. Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Uruguay.

**Correspondencia:** Dra. Adriana Della Valle  
Leyenda Patria 3038/102

Correo electrónico: cuidadospaliativos@hotmail.com  
adellavalle@hc.edu.uy

Recibido: 8/12/08.

Aceptado: 16/3/09.

## Introducción

En medicina se entiende por sedación la administración de fármacos adecuados para disminuir el nivel de conciencia del enfermo, con el objetivo de controlar algunos síntomas o prepararlo para una intervención diagnóstica o terapéutica que pueda ser estresante o dolorosa, es así que se usa en distintas especialidades: cirugía, anestesia, medicina intensiva, psiquiatría, medicina paliativa, etcétera.

La sedación puede ser primaria o secundaria, continua o intermitente, profunda o superficial.

Sedación primaria es la disminución de la conciencia buscada como finalidad.

Sedación secundaria es la disminución de la conciencia como efecto secundario de un fármaco administrado en el curso del tratamiento de un síntoma.

Sedación continua es aquella que mantiene la disminución de conciencia en forma permanente.

Sedación intermitente es aquella que permite períodos de alerta del paciente.

Sedación superficial es aquella que permite la comunicación del paciente con las personas que están a su alrededor.

Sedación profunda es aquella que mantiene al paciente en situación de inconciencia. Existen escalas que valoran el grado de sedación y que son más precisas para valorar la profundidad de la sedación.

En cuidados paliativos entendemos exclusivamente como sedación la administración de fármacos apropiados para disminuir el nivel de conciencia del enfermo con el objetivo de controlar síntomas físicos o psíquicos, o ambos.

Existen dos definiciones vinculadas a la sedación paliativa que son imprescindibles enunciarlas y usaremos para ello las definiciones de consenso del Comité de Ética de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)<sup>(1)</sup>.

*Sedación paliativa:* 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 intermitente, superficial o profunda.

*Sedación terminal:* administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico o psíquico, o ambos, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia de un paciente cuya muerte se prevé muy próxima y con su consentimiento explícito, implícito o delegado.

Se trata de una sedación primaria, que es continua, y

que puede ser superficial o profunda.

A la sedación terminal es preferible llamarle sedación en la agonía<sup>(1)</sup>, para evitar confusión que lleva el término en el sentido de interpretar que es la sedación lo que lleva a la muerte del paciente. Sedación en la agonía es la sedación paliativa que se lleva a cabo en un paciente agónico.

En conclusión, la sedación paliativa es una sola y la sedación en la agonía es un tipo de sedación paliativa.

Cuando se habla de síntomas incontrolables con otras medidas estamos haciendo referencia a síntomas refractarios; el término refractario<sup>(2)</sup> se aplica cuando un síntoma no es controlable con todas las herramientas disponibles en un plazo razonable sin que comprometa la conciencia del paciente.

Hay que distinguirlo del síntoma de difícil control que es aquel que para su adecuado control precisa una intervención intensiva, más allá de los medios habituales, tanto del punto de vista farmacológico, instrumental y/o psicológico.

### Requisitos para la sedación paliativa<sup>(3)</sup>

Para considerar que el uso de la sedación es adecuada se deben de tener en cuenta ciertos requisitos:

- a) que exista un síntoma refractario;
- b) que el alivio del síntoma refractario se consiga con la reducción proporcionada del nivel de conciencia, que el proceso se monitorice, que se supervise la inducción por un médico y se registre todo el proceso en la historia clínica;
- c) que estemos en presencia de enfermedad terminal;
- d) que exista consentimiento informado;
- e) algunos incluyen como requisito que un segundo médico haya valorado el caso y expresado su opinión favorable.

### Consideraciones éticas

Desde el punto de vista ético los profesionales de la salud tienen cuatro obligaciones básicas que les sirven de guía a la hora de tomar las decisiones y que son: principio de no maleficencia, principio de justicia, principio de autonomía y principio de beneficencia<sup>(4)</sup>.

En el paciente con enfermedad avanzada y terminal es maleficiente permitir el sufrimiento del paciente por el temor de que se puede adelantar la muerte al buscar el alivio del sufrimiento.

El principio del doble efecto<sup>(5)</sup> puede aplicarse en el caso de la sedación, entendiendo que el efecto deseado es el alivio del sufrimiento y el efecto indeseado la disminución de la conciencia; la muerte no puede considerarse el efecto indeseado, ya que el paciente morirá como consecuencia de la propia enfermedad en etapa terminal. De

todas manera aclaramos que las condiciones para la aceptación ética del doble efecto son las siguientes: a) el acto debe ser bueno, se busca el efecto bueno y se tolera el malo; b) los efectos buenos y malos se siguen inmediata y simultáneamente del acto, es decir, no se puede obtener el efecto bueno del malo; c) tiene que existir proporción entre el efecto bueno querido y el malo indeseado.

Como lo expresáramos anteriormente debe obtenerse el consentimiento para proceder a una sedación y cuando sea posible debe ser explícito, o ser implícito en los valores o deseos manifestados con anterioridad por los pacientes, lo más importante del punto de vista de las garantías éticas es que se hayan investigado estos valores con el paciente y su familia y hayan quedado registrados en la historia clínica. No es necesario que el paciente o la familia firmen un documento, con la manifestación verbal es suficiente<sup>(3,6)</sup>.

Todo el proceso de sedación debe quedar registrado en la historia clínica, ya sea indicación, inducción, y parámetros de respuesta como nivel de ansiedad y conciencia (escala de Ramsay)<sup>(7)</sup> (tabla 1). La monitorización mediante esta escala permite dosificar los fármacos para conseguir el nivel de sedación que pretendemos necesario, comenzando con dosis pequeñas que se pueden ir aumentando según la respuesta clínica.

### Sedación y eutanasia

Un punto al que queremos hacer referencia antes de pasar a describir nuestra experiencia es definir y diferenciar sedación paliativa de eutanasia. Tenemos claro que es un punto polémico que plantea intensos debates en congre-

tos científicos, así como en medios sociales, de comunicación, políticos, religiosos, etcétera.

Estamos de acuerdo con la diferenciación que hace el comité de ética de la SECPAL<sup>(1)</sup> teniendo en cuenta el proceso, la intencionalidad y el resultado de ambas situaciones: mientras que en la sedación la intención es aliviar el sufrimiento, en la eutanasia es provocar la muerte; en la sedación la prescripción de fármacos se ajusta a la respuesta del paciente, en la eutanasia la prescripción de fármacos es a dosis letales que aseguren la muerte y, por último, el resultado en la sedación es el alivio del sufrimiento, en la eutanasia el resultado es la muerte.

Por lo tanto, la sedación paliativa es un procedimiento terapéutico ético, mientras que la eutanasia no es ética.

### Objetivos

- 1) Analizar la prevalencia, las indicaciones, dosis y el proceso de sedación en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Central de las Fuerzas Armadas (HCFFAA) de Montevideo y compararlo con estudios internacionales.
- 2) Análisis de aspectos legales y éticos de la sedación.

### Material y método

Es un estudio descriptivo y retrospectivo de 274 pacientes tratados en forma consecutiva por la unidad de cuidados paliativos (UCP) desde su inauguración en diciembre de 2006 hasta junio de 2008. En todos los pacientes se confeccionó una ficha donde se encontraban, además de la ficha patronímica, datos sobre el diagnóstico, la sintomatología, la evolución y la terapéutica utilizada. Dicha ficha fue confeccionada y completada por los miembros médicos de la unidad. Los datos obtenidos se analizaron en el software Epi-Info 6.04.

Los requisitos para realizar la sedación fueron los siguientes:

- a) presencia de síntoma refractario;
- b) enfermedad terminal;
- c) consentimiento;
- d) la indicación fue realizada por dos médicos del equipo.

La sedación que se realizó fue sedación paliativa, primaria, continua y de profundidad de acuerdo con la necesidad.

### Resultados

En el período considerado fallecieron 246/274 (89,8%), requirieron sedación 58/246 (23,5%). El 58,6% (34/58) de los pacientes fueron hombres y 41,5% mujeres, la mediana de edad fue 64 años con un rango entre 25 y 96 años. De los pacientes que requirieron sedación 53/58 (91,3%) fueron oncológicos.

**Tabla 1.** Escala de Ramsay<sup>(7)</sup>

<b>Tabla 1. Escala de Ramsay<sup>(7)</sup></b>	
<i>Paciente despierto</i>	
Nivel 1	Agitado, ansioso
Nivel 2	Tranquilo, somnolencia
Nivel 3	Responde a estímulos verbales o percusión glabellar
<i>Paciente dormido</i>	
Nivel 4	Respuesta a estímulos dolorosos suaves
Nivel 5	Respuesta a estímulos dolorosos fuertes
Nivel 6	Sin respuesta

Los motivos de sedación fueron: delirio 35/58 (60,3%), dolor 26/58 (44,8%), disnea 10/58 (17,2%), convulsiones 2/58 (3,4%), vómitos 1/58 (1,7%). Algunos de los pacientes sedados presentaron más de un síntoma refractario.

De los pacientes sedados, 12/58 (20,6%) fallecieron en domicilio, todos con infusor elastomérico colocado por vía subcutánea y 46/58 (79,3%) internados.

Los fármacos utilizados en la sedación fueron: midazolam en 56/58 (96,5%) y haloperidol en 23/58 (39,6%), en todos los pacientes se continuó con la analgesia que estaban recibiendo.

La vía de sedación utilizada fue intravenosa en 28/58 (48,3%) y subcutánea en 30/58 (51,7%).

Se realizó inducción de la sedación con midazolam en 8/58 (13,8%) de los pacientes.

Las dosis promedio de inicio de sedación con midazolam fue de 71 mg/día, y la dosis de finalización 73 mg/día.

Las dosis promedio de inicio de sedación con haloperidol fue de 15 mg/día y la dosis final 15 mg/día.

El intervalo entre el inicio de la sedación y el fallecimiento fue de 2,6 días.

En 100% de los casos hubo consentimiento implícito, explícito o delegado.

## Discusión

En cuanto a la indicación de sedación se cumplieron todos los requisitos necesarios (etapa terminal, consentimiento y síntoma refractario) y en nuestra unidad, como garantía ética, la decisión fue tomada en conjunto por dos profesionales como mínimo.

La principal causa de sedación en esta unidad fue el delirio (60,3%), lo cual coincide con la bibliografía interna-

cional consultada<sup>(6,8-11)</sup> (tabla 2). Si bien las cifras de dolor (44%) no coinciden con la bibliografía consultada, en la mayoría de los casos fue concurrente este síntoma con otros presentados por nuestros pacientes.

No hubo ninguna indicación de sedación de causa psicológica, lo que no coincide con las cifras de los estudios europeos. Pese a ser valorado en forma interdisciplinaria y con evaluación psicológica, no pudimos ser concluyentes en la refractariedad del síntoma como indicación de sedación.

La medicación utilizada fue midazolam (96,5%) y haloperidol (39,6%), lo cual también coincide con la bibliografía internacional. En todos los casos que venían recibiendo morfina se continuó con su uso como fármaco analgésico y no como sedante. Se tiene en cuenta que la morfina también tiene una acción sedante, pero no se utiliza con este fin.

En cuanto a la dosis media de midazolam utilizado fue de 71 mg/día, coincidente con algunos de los autores consultados.

En cuanto al tiempo transcurrido desde el inicio de la sedación y el fallecimiento -2,6 días- también concuerda con la literatura consultada. En todos los casos la sedación fue de carácter continuo, por síntomas refractarios persistentes, decidida por dos médicos del equipo, con consentimiento en todos los pacientes y monitorizada en forma personal o telefónica cuando están en domicilio. El tiempo de fallecimiento desde el inicio de la sedación fue variable, habiendo pacientes que superaron los diez días, esto refuerza el concepto de que la sedación no adelanta la evolución natural de la enfermedad hacia la muerte, sino que es una indicación médica precisa (el síntoma refractario), necesaria y de buena praxis en pacientes con mal pronóstico vital inmediato.

**Tabla 2.** Comparación de síntomas principales

	Autor		-	Año		-	País	
<i>Síntomas principales</i>	<i>Broeckert B,</i>	<i>Porta J,</i>	<i>Couceiro A,</i>	<i>Cameron D,</i>	<i>Bruera E,</i>		<i>UCP-HCFFAA,</i>	
	<i>2000</i>	<i>1999</i>	<i>2001</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>		<i>2008</i>	
	<i>(Alemania)</i>	<i>(España)</i>	<i>(España)</i>	<i>(Sudáfrica)</i>	<i>(EEUU)</i>		<i>(Uruguay)</i>	
Delirio	39	10,7	72,7	45	82		60,3	
Disnea	38	23,2	9	10	6		17,2	
Dolor	22	23,2	4,5	5	-		44,8	
Hemorragia	8,5	8,9	9	0	-		0	
Náuseas-vómitos	6	6,2	0	25	-		1,7	
Psicosocial	21	54,4	40,9	0	-		0	

UCP: unidad de cuidados paliativo; HCFFAA: Hospital Central de las Fuerzas Armadas

En cuanto al lugar del fallecimiento, en nuestro caso la mayoría se produjo en el hospital, lo que difiere de la literatura consultada, pero debemos tener en cuenta que nuestros recursos están más disponibles en la internación hospitalaria y esta unidad no cuenta con internación domiciliaria por el momento.

### Conclusiones

1. La sedación paliativa es un procedimiento terapéutico de indicación médica destinado al alivio de los síntomas refractarios que pueden aparecer en el contexto del enfermo al final de la vida.
2. Los motivos más frecuentes son delirio, dolor y disnea, en la mayoría de los casos los síntomas son concurrentes.
3. Se deben cumplir los siguientes requisitos: síntoma refractario, enfermedad terminal y consentimiento, y en lo posible estar avalada por una segunda opinión médica.
4. Es una maniobra relativamente frecuente y constituye una buena praxis cuando está indicada.
5. Se debe monitorizar el proceso y debe quedar registrado en la historia clínica; esto constituye la mejor garantía ética.
6. Se debe estar atento y disponible para acompañar a la familia.
7. La sedación paliativa no es eutanasia y las diferencias están en el objetivo, el proceso y el resultado.

### Summary

*Introduction:* palliative sedation is a therapeutic maneuver often used in patients at the end of life stage, and it constitutes a good medical practice when well applied.

*Objective:* to analyze prevalence, medical indications and the sedation process at the Palliative Care Unit (UCP) of the Armed Forces Central Hospital in Montevideo, and to compare it with other international studies.

*Methods:* this is a descriptive and retrospective study covering 274 patients who were treated consecutively at the UCP from December 1, 2006 through June 30, 2008.

*Results:* average age was 65 years old. Causes for sedation were: delirium 35/58 (60.3%), pain 26/58 (44.8%), dyspnea 10/58 (17.2%), seizure 2/58 (3.4%), and vomits 1/58 (1.7%). Drugs used for sedation were: midazolam in 56/58 (96.5%) and haloperidol in 23/58 (39.6%). The interval between the initiation of sedation and death was 2.6 days. Consent was implicit, explicit or delegated in 100% of cases.

*Conclusions:* palliative sedation is a therapeutic procedure for relieving refractory symptoms that may arise in dying patients at the end of life stage. The following conditions are required in order for it to be applied: refractory

symptom, terminal illness and consent, and as long as possible, the decision must be supported by a second medical opinion. Palliative sedation is different from euthanasia, and the differences lie in the objective, the process and the result.

### Résumé

*Introduction:* la sédation terminale est une pratique thérapeutique utilisée avec une certaine fréquence chez des patients en phase terminale, efficace lorsqu'elle est bien indiquée.

*Objectifs:* analyser la prévalence, les indications, les doses et le processus de sédation à l'unité de soins palliatifs (UCP) de l'Hôpital Central de l'Armée de Montevideo et les comparer à des études internationales.

*Matériel et méthode:* il s'agit d'une étude descriptive et rétrospective de 274 patients traités par l'UCP depuis décembre 2006 jusqu'au 30 juin 2008.

*Résultats:* âge moyenne, 65 ans. Les motifs de sédation ont été: délire 35/58 (60,3%), douleur 26/58 (44,8%), dyspnée 10/58 (17,2%), convulsions 2/58 (3,4%), vomissements 1/58 (1,7%). Les drogues utilisées à la sédation ont été: midazolam à 56/58 (96,5%) et halopéridol à 23/58 (39,6%). L'intervalle entre le commencement de la sédation et la mort a été de 2,6 jours. À 100% des cas, on a compté sur le consentement implicite, explicite ou délégué.

*Conclusions:* la sédation terminale est un procédé thérapeutique destiné au soulagement des symptômes réfractaires qui peuvent apparaître chez le malade à la fin de sa vie. Certaines contraintes sont respectées: symptôme réfractaire, maladie terminale et consentement et, si possible, avoir l'aval d'une deuxième opinion médicale. La sédation terminale n'est pas euthanasie car le but, le processus et le résultat en sont différents.

### Resumo

*Introdução:* a sedação paliativa é uma manobra terapêutica usada com certa frequência em pacientes no final da vida sendo uma boa prática médica quando está bem indicada.

*Objetivos:* analisar a prevalência, as indicações, dose e o processo de sedação na unidade de cuidados paliativos (UCP) do Hospital Central das Forças Armadas de Montevideu e compará-lo com estudos internacionais.

*Material e método:* é um estudo descritivo e retrospectivo de 274 pacientes tratados consecutivamente pela UCP no período entre 1º de dezembro de 2006 a 30 de junho de 2008.

*Resultados:* a idade média foi 65 anos. Os motivos de sedação foram: delírio 35/58 (60,3%), dor 26/58 (44,8%), dispnéia 10/58 (17,2%), convulsões 2/58 (3,4%), vômitos

1/58 (1,7%). Os medicamentos utilizados na sedação foram: midazolam em 56/58 (96,5%) e haloperidol em 23/58 (39,6%). O intervalo entre o início da sedação e o falecimento foi de 2,6 dias. Em 100% de los casos houve consentimento implícito, explícito ou delegado.

*Conclusões:* a sedação paliativa é um procedimento terapêutico destinado a aliviar os sintomas refratários que podem aparecer no final da vida. Deve-se cumprir com os seguintes requisitos: sintoma refratário, enfermidade terminal e consentimento, e na medida do possível, contar com uma segunda opinião médica. A sedação paliativa não é eutanásia e as diferenças estão no objetivo, no processo e no resultado.

### Bibliografía

1. **Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Comité Ético.** Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos. *Med Pal* 2002; 9: 41-6.
2. **Cherny NI, Portenoy RK.** Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care* 1994; 10(2): 31-8.
3. **Porta J.** Ética y sedación al final de la vida. Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas Barcelona, 2003 n° 9.
4. **Beauchamp TL, Childress JF.** Principles of Biomedical Ethics. Nueva York; Oxford University Press, 1979.
5. **Drane JF.** El cuidado del enfermo terminal. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1999: 13.
6. **Porta J.** Estudio multicéntrico catalano-balear sobre sedación terminal en cuidados paliativos. *Med Pal* 1999; 6: 153-8.
7. **Ramsay MA, Savege TM, Simpson BR, Goodwin R.** Controlled sedation with alphaxalone-alphadolone. *BMJ* 1974; 2(5920): 656-9.
8. **Broeckert B.** Palliative sedation define or why and when terminal sedation is not eutanasia. Abstract, 1 st Congress RDPC, December 2000, Berlín, Alemania.
9. **Couceiro A.** La sedación de los enfermos en el contexto de los cuidados paliativos. Cuadernos de Fundación Víctor Grifols i Lucas, Barcelona, 2003 n° 9.
10. **Cameron D, Bridge D, Blitz-Lindeque J.** Use of sedation to relieve refractory symptoms in dying patients. *S Afr Med J* 2004; 94(6): 445-9.
11. **Elsayem A, Curry E, Boohene J, Munsell MF, Calderon B, Hung F, 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): 53-9.