

Sedación al final de la vida

Se entiende por “sedación en el enfermo paliativo en fase terminal” a la administración intencionada de medicamentos (en las dosis y combinaciones) con el fin de reducir la consciencia superficial o profundamente, de forma transitoria o permanente con la intención de aliviar el sufrimiento físico y/o psicológico inalcanzable con otras medidas, con el consentimiento implícito, explícito o delegado del paciente. Esta acción ocurre ante síntomas refractarios a la terapéutica convencional o una urgencia paliativa que requiere alivio inmediato de un síntoma que genera distrés psicológico. La sedación terminal tiene como finalidad disminuir su nivel de consciencia y no acortar la vida del enfermo. Sin embargo, se debe tener presente el “principio del doble efecto” y considerarlo para la toma de decisiones. Principios bioéticos: considerando los principios de beneficencia y no maleficencia, y a la luz de los conocimientos actuales, se debe considerar que la acción de sedar no es buena ni mala, sino necesaria en algunas circunstancias.

Clasificación de la sedación terminal:

- Por grado de sedación: ligera-profunda
- Por duración: reversible-irreversible
- Por fármacos que la inducen: de efecto primario o secundario.

Existen indicaciones clínicas claras para la aplicación de sedación paliativa, éstas son:

- Cualquier síntoma refractario que no sea controlable a pesar de haber establecido los tratamientos específicos;
- Emergencias específicas:

Tratamiento

Agitación grave o delirium terminal: en esta situación, generalmente es mejor prescribir una benzodiazepina y una droga antipsicótica por infusión continua subcutánea o intravenosa.

- Benzodiazepina.
- Midazolam.
- Diazepam.

Status epilepticus

Ocurre cuando hay actividad convulsiva continua por más de 30 minutos, o cuando dos convulsiones ocurren una después de la otra, sin recuperación completa del estado de conciencia entre ellas.

Causas

- Edema cerebral.
- Tóxicas o metabólicas.
- Encefalitis virales o autoinmunes.

Tratamiento

- Medidas generales:
 - Proteger la vía aérea del paciente.
 - Administrar oxígeno por medio de cánula nasal.
 - Enviar muestras de sangre para exámenes de laboratorio, en caso de estar hospitalizado.
- Medidas farmacológicas:
 - Barbitúricos:
 - Fenobarbital, en caso de persistir el estado de convulsión (no se debe mezclar con ninguna otra droga).
 - Corticoesteroides, si existe la presunción que la convulsión es debida a edema cerebral:
 - Dexametasona.
 - Hidrocortisona.
 - Prednisona.
 - Benzodiacepinas:
 - Midazolam.

- Diazepam.
- Antiepilépticos:
 - Fenitoína: diluirlo en solución fisiológica.
 - Ácido valpróico.

La claudicación del cuidador/a o familiar se refiere al agotamiento o colapso tanto físico, como mental o económico e incluso crisis emocional o espiritual, que puede gestarse en los meses finales de la enfermedad del paciente o de manera abrupta. La consecuencia puede ser descuido y/o abandono del paciente, ya sea en casa o en hospital (especialmente urgencias: esto representa una situación de urgencia que debe atenderse de inmediato por las consecuencias mencionadas). El acompañamiento familiar y la posibilidad de identificar signos tempranos de agotamiento podría evitarlo. Sin embargo, una medida urgente sería la atención en un servicio de urgencias para estabilizar la situación y podría ser lo que se ha denominado “respiro”, que puede ser de horas o en algunos casos de días.