

Sedación terminal en pacientes de un hospital de tercer nivel: frecuencia y factores que inducen su administración

Crespo, M.*; Cano, A.*; Lledó, R.**; Codina, C.*** y Terés, J.**

* UFISS de Geriatría y Paliativos. ** Dirección Médica. *** Servicio de Farmacia. Hospital Clínic de Barcelona.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: En los hospitales de nuestro país no es infrecuente el uso de sedación terminal en pacientes en situación de muerte cercana, pero no suele disponerse de pautas estandarizadas sobre su indicación precisa y su aplicación.

OBJETIVO: Analizar la frecuencia de la sedación terminal en pacientes en situación de muerte cercana y la relación con la edad del paciente, la enfermedad de base y la actitud de diferentes Servicios.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo llevado a cabo en un hospital de referencia de tercer nivel, de los pacientes fallecidos en el período comprendido entre marzo 1998 y mayo 1998.

RESULTADOS: De los 269 pacientes (155 hombres y 114 mujeres) fallecidos en el período de estudio, en 71 casos (26,4%; 44 hombres y 27 mujeres) se aplicó sedación, sin que ello se relacionara con la edad del paciente. La sedación se inició en fases muy cercanas a la muerte, ya que el intervalo inicio de la sedación-fallecimiento del paciente fue inferior a 24 horas en el 57% de los casos y entre 24 y 72 horas en el 35% de casos. Los pacientes con cáncer y los pacientes con cirrosis hepática fueron los colectivos de pacientes en los cuales se indicó con mayor frecuencia la sedación (44% y 36% respectivamente). El porcentaje de pacientes fallecidos por cáncer que recibieron sedación fue significativamente diferente entre Servicios, oscilando entre un 0% y un 65%.

CONCLUSIÓN: La sedación se instaura en un porcentaje relativamente alto de pacientes en situación de muerte cercana. La edad no es un criterio para indicar la sedación, y sí lo es la enfermedad de base. La conducta de los diferentes Servicios en la indicación de sedación no es uniforme.

Palabras clave

Sedación terminal. Enfermedad terminal. Cáncer.

Sedation in near-death patients in a tertiary hospital: frequency and factors influencing its administration

Correspondencia: Mercè Crespo. UFISS Hospital Clínic. Villarroel, 170. 08036 Barcelona. E-mail: mcrespo@clinic.ub.es.

Recibido el 21-8-00; aceptado el 14-6-01.

SUMMARY

BACKGROUND: The use of terminal sedation in patients near death in the hospitals is not rare, but standardized guidelines are not generally available on its exact indication and application.

AIM: Analyze the frequency of terminal sedation in near death patients and the relationship with the patient's age, baseline disease and attitude in the different services.

METHODS: From March 1998 to May 1998, a retrospective, descriptive and cross-sectional analysis on sedation information reported in medical and nursing records of all deceased in a tertiary hospital was performed.

RESULTS: In 71 (26.4%; 44 men and 27 women) out of 269 patients who had died (26.4%) sedation had been applied. The age of the patient was not a factor influencing the decision to administer sedation. The interval between the beginning of sedation and death was less than 24 hours in 57% of the patients and between 24 and 72 hours in 35%. Terminal cancer and hepatic cirrhosis were the most common diseases in which sedation was applied (44% and 36% of the dying patients with those diseases respectively). The percentage of patients with terminal cancer in whom sedation was administered was significantly different among the different Services, ranging from 0% to 65%.

CONCLUSION: Sedation in near death patients is a relatively common procedure in a tertiary hospital. The terminal disease causing death, behavior of physicians taking care of the patients in different Services but not the age of the patient are factors influencing the decision to administer sedation.

Key words

Sedation. Terminal illness. Cancer.

INTRODUCCIÓN

En los hospitales de nuestro país no es infrecuente el uso de sedación terminal en pacientes en situación de muerte cercana. El objetivo es menguar el sufrimiento físico y/o psíquico cuando se han agotado los otros recursos terapéuticos para controlar la evolución y los síntomas en la última etapa de la enfermedad (1, 2).

Sin embargo, en los hospitales de agudos de alta tecnología no suelen existir pautas estandarizadas ni protocolos consensuados sobre cuál es el momento indicado para aplicar la sedación en el paciente en situación de

TABLA I. Diagnósticos de los pacientes fallecidos recogidos en la muestra

Enfermedad	N.º pacientes	Porcentaje
Cáncer	73	27
Enf. cardiovascular	73	27
Enf. respiratorias	44	16
Cirrosis hepática	22	8
Otros diagnósticos	57	21

muerte cercana, ni cuál debe ser su contenido. Es posible por tanto, que la frecuencia en el uso de esta práctica, el momento de su indicación, qué tipo de enfermos son subsidiarios y los fármacos utilizados no sean homogéneos entre hospitales ni probablemente entre los diferentes Servicios de un mismo hospital de agudos de alta tecnología.

Los objetivos del presente estudio fueron: 1) evaluar cuál es la frecuencia y los fármacos administrados de la práctica de sedación terminal en pacientes en situación de muerte cercana en un hospital universitario de alta tecnología; y 2) conocer si esta práctica está influenciada por la edad del paciente, la enfermedad de base y por la conducta aplicada por los diferentes servicios donde están ingresados los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo llevado a cabo en un hospital universitario de alta tecnología. Se realizó sobre la muestra de todos los pacientes adultos fallecidos en el período comprendido entre marzo 1998 y mayo 1998. Se examinaron el total de las historias clínicas disponibles en el momento de la búsqueda, 269 (76,4%) pacientes del total de 352 pacientes fallecidos durante este período. No se incluyeron los pacientes fallecidos en el Servicio de Urgencias. La recogida de datos y la introducción a una base datos fue realizada por una sola persona, de acuerdo con una plantilla preestablecida que incluía los siguientes parámetros y categorías: aplicación de sedación, fármacos con que se practicaba, edad (en años), sexo (1, hombre; 2, mujer) y ubicación del paciente (Servicio), diagnóstico de la enfermedad de base, intervalo de tiempo entre el ingreso y la instauración de la sedación e intervalo entre el inicio de la sedación y el fallecimiento del paciente. Para el análisis comparativo entre patologías no se han tenido en cuenta aquellas enfermedades en las que el número de sedaciones era insignificante. Para el análisis comparativo entre Servicios, sólo se han escogido aquellos Servicios en los cuales había un número significante de pacientes en los que se había aplicado sedación terminal.

Se definía la sedación terminal como aquella aplicada a un paciente con enfermedad grave, para la cual se consi-

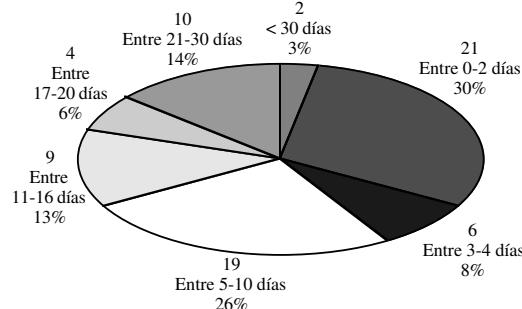


Figura 1. Distribución de los pacientes en función del intervalo de tiempo transcurrido desde el ingreso hasta la sedación.

deraba que no existía tratamiento con finalidad curativa, no se había conseguido un control adecuado de los síntomas y en el que se consideraba cercana la muerte (1). Se consideraba que la sedación terminal era aplicada cuando existía referencia de ello en la historia clínica y/o en la hoja de prescripción médica. La combinación de fármacos utilizados incluía analgésicos y depresores del sistema nervioso central, administrados todos ellos en forma endovenosa.

Los parámetros se muestran en porcentajes o en medias \pm desviación estándar. Para la comparación de resultados cualitativos se ha utilizado el test del chi cuadrado corregido con el test exacto de Fisher cuando era pertinente, y para la comparación de parámetros cuantitativos se ha utilizado el test de la t de Student.

RESULTADOS

De los 269 pacientes fallecidos y evaluados, 155 (57,6%) eran hombres y 114 (42,4%) mujeres. La edad media era de 71 ± 15 años. Las principales causas de muerte se reflejan en la tabla I.

En 71 (26,4%) pacientes se aplicó sedación terminal, de los cuales 44 (62%) eran hombres y 27 (38%) mujeres, una proporción no significativamente diferente a la de la muestra total de pacientes fallecidos. Los pacientes en que se aplicó la sedación tenían una edad media de 72 ± 13 años, muy parecida y no significativamente diferente a la de los pacientes no sometidos a sedación, que era de 70 ± 16 años.

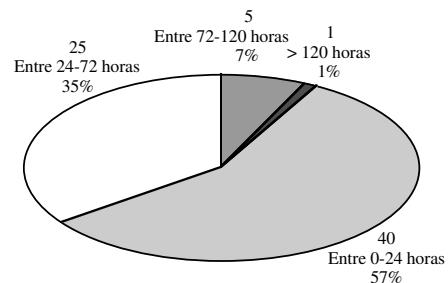


Figura 2. Distribución de los pacientes en función del tiempo transcurrido entre el inicio de la sedación y el éxodo.

TABLA II. Porcentaje de pacientes que fueron sedados en relación con su enfermedad de base

Enfermedad	N.º pacientes	Porcentaje
<i>Total cirróticos</i>	22	
Cirróticos con sedación	8	36
Cirróticos sin sedación	14	64
<i>Total cáncer</i>	73	
Cáncer con sedación	32	44
Cáncer sin sedación	41	56
<i>Enf. cardiovasculares</i>	73	
Enf. card. con sedación	13	18
Enf. card. sin sedación	60	82
<i>Enf. neumológicas</i>	44	
Enf. neum. con sedación	8	18
Enf. neum. sin sedación	36	82
<i>Otras patologías</i>	57	
Otras patologías con sedación	10	18
Otras patologías sin sedación	47	82

En general, la sedación se llevó a cabo combinando dos o tres fármacos de una forma muy variable. Los fármacos más utilizados fueron meperidina (en 38 casos), diazepam (en 35 casos), clorpromazina (en 29 casos), prometazina (en 14 casos) y cloruro mórfico (en ocho casos). El intervalo entre el ingreso y el inicio de la sedación terminal fue muy variable (Fig. 1). En el 64% de los casos entre el ingreso y el inicio de la sedación pasaron menos de 10 días. En el 36% de casos restante el intervalo ingreso-inicio de la sedación osciló entre 11 y más de 30 días. En general, la sedación se inició en fases muy terminales de la enfermedad, ya que el intervalo inicio de la sedación-fallecimiento del paciente fue inferior a 24 horas en el 57% de los casos y entre 24 y 72 horas en el 35% de casos (Fig. 2). La media de tiempo transcurrido desde el inicio de la sedación hasta el fallecimiento fue de 30±30 horas.

La indicación de aplicar sedación se relacionaba claramente con la enfermedad de base, como se aprecia en la tabla II ($p<0,05$). Los pacientes con cáncer y los pacientes con cirrosis hepática fueron los colectivos de pacientes en los cuales se indicó con mayor frecuencia la sedación, siendo el porcentaje de pacientes sometidos a sedación mucho más bajo y uniforme en los pacientes fallecidos por enfermedades cardiovasculares, enfermedades neumológicas y la miscelánea de otras enfermedades. El porcentaje de pacientes fallecidos por cáncer que recibieron sedación fue significativamente superior al de los pacientes fallecidos por otras patologías, excluida la cirrosis. Aunque el porcentaje de pacientes fallecidos por cirrosis que fueron sedados fue superior al de otras enfermedades excluido el cáncer, las diferencias no llegaron a ser estadística-

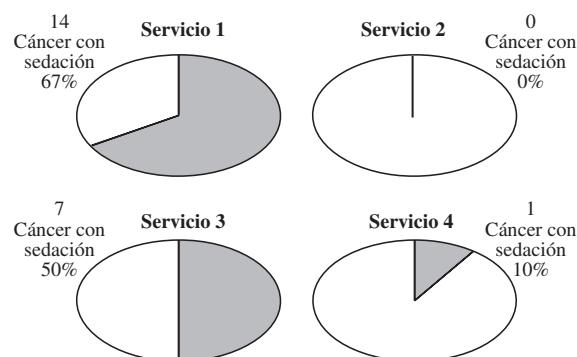


Figura 3. Porcentaje de pacientes fallecidos por cáncer que recibieron sedación en cuatro servicios diferentes. Las diferencias entre servicios fueron estadísticamente significativas ($p<0,05$).

mente significativas ($\chi^2 3,380$), posiblemente por el bajo número de pacientes cirróticos de la serie.

Cuando se analizaron las conductas por Servicio, se apreció que además de la enfermedad de base, existían diferencias en la conducta particular de los Servicios a la hora de indicar la sedación, ya que el porcentaje de pacientes fallecidos por cáncer que recibieron sedación fue significativamente diferente entre Servicios (Fig. 3).

DISCUSIÓN

El Código de Ética y Deontología Médica Español (artículo 28,2) (3) dice que en caso de enfermedad incurable y terminal, el médico debe limitarse a aliviar los dolores físicos y morales del paciente, manteniendo en todo lo posible la calidad de una vida que se agota y evitando emprender o continuar terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. En este mismo sentido, la Guía Europea de Ética y Comportamiento Profesional de los Médicos (4) afirma que el médico no puede proceder a la eutanasia, que debe esforzarse en aplacar los sufrimientos de su enfermo, pero no tiene derecho a provocar deliberadamente la muerte. Sin embargo, también afirma que para aliviar el dolor puede ser necesario recurrir a medicinas tóxicas que quizás reduzcan el tiempo de supervivencia, si bien el médico no puede rebasar esos límites aunque lo pida el interesado y mucho menos sus familiares. En todo este contexto de normativa ética, el médico debe afrontar la decisión de aplicar medidas terapéuticas que atenúen el sufrimiento físico y psíquico del paciente terminal sin caer en procedimientos que pudieran considerarse dentro del concepto de eutanasia activa. Ello delimita un marco de actuación médica poco definido y de estrechos y difíciles límites de decisión entre la actuación compasiva y la eutanasia (5). Es probablemente por este motivo que en los hospitales de agudos, a excepción de algunas unidades de cuidados paliativos, no suele existir una protocolización de la sedación en el paciente terminal y la decisión de aplicarla descansa en el terreno de la decisión individual

del médico y ante las distintas circunstancias de la fase terminal de una determinada enfermedad.

En el presente estudio hemos analizado cuál es la actitud en un hospital universitario de alta tecnología ante la sedación terminal en el paciente en situación de muerte cercana. El porcentaje de pacientes que recibieron sedación fue del 26%, un porcentaje que se sitúa en un término medio entre los descritos en otras series de pacientes terminales que oscilan entre el 15% y el 52% (6, 7).

Aunque cabría pensar que el médico podría tener una diferente actitud ante el paciente joven con una enfermedad terminal con respecto al paciente anciano, los resultados del presente estudio demuestran que la sedación se indicó independientemente de la edad del paciente. Tampoco el sexo fue un factor determinante en la decisión de aplicar o no sedación.

La sedación se indicó en fases muy cercanas a la muerte, ya que en el 57% de los casos (n= 71) se aplicó sólo en un período inferior a las 24 horas previas al fallecimiento del paciente y la media entre instauración de la sedación y el fallecimiento fue de 30 horas. Estos datos son parecidos a los recientemente publicados por Ojeda et al (8). Ello puede reflejar que el médico esperaba el momento de administrar esta pauta de sedación cuando había signos evidentes de que el paciente había entrado en una fase muy cercana a la muerte.

En la decisión de aplicar o no sedación terminal puede que influyese la enfermedad de base. De hecho en el presente estudio, los pacientes con cáncer y los pacientes cirróticos fueron sometidos con mayor frecuencia a sedación terminal que los pacientes con otras enfermedades. Ello podría ser debido a dos circunstancias: en primer lugar, es posible que en estas enfermedades el médico disponga de criterios más objetivos y fiables para predecir que el paciente ha entrado en una fase terminal irreversible a muy corto plazo, lo cual es cierto para los pacientes con cáncer, o que los pacientes con estas enfermedades presentan en su fase terminal síntomas que confieren un mayor grado de sufrimiento físico o psíquico. Ello puede ser cierto para la cirrosis hepática, ya que estos pacientes suelen presentar en su fase terminal hemorragia, encefalopatía hepática u otros síntomas (9) que inducen un gran componente de sufrimiento moral tanto para el paciente como para sus familiares.

La mejor evidencia de la falta de una conducta homogénea y estandarizada ante la aplicación de sedación terminal es el resultado obtenido en el presente estudio. Así, ante una misma enfermedad de base como causa del fallecimiento, el porcentaje de pacientes que recibían sedación fue significativamente diferente entre los diferentes Servicios donde estaban ingresados. Así, en los pacientes con cáncer el porcentaje de pacientes terminales que fueron sedados osciló desde un 0% en el Servicio 2, hasta un 65% en el Servicio 1 en el que se aplicó un mayor porcentaje de sedación. De ello no puede extrapolarse que la aplicación de sedación se relaciona con un tipo u otro de

Servicio, pero sí refleja una aproximación heterogénea a este problema, en la cual puede influir tanto la actitud de los médicos ante el sufrimiento físico o psíquico del paciente como la variabilidad en los principios éticos o actitudes morales o religiosas de los médicos, de una forma individual o colectiva, ante la posibilidad de que la sedación pueda acelerar el proceso del fallecimiento.

Los resultados reflejan una gran heterogeneidad de la conducta médica ante este problema y ponen de manifiesto la necesidad de establecer pautas de consenso que pasan por la definición exacta de qué es y cuáles son los objetivos de la sedación en el paciente terminal, cuándo es lícito aplicarla, cuáles son los márgenes que hay que dejar para los propios criterios éticos de los médicos que deben prescribirlas y enfermeras que tienen que aplicarlas y quién debe participar en la decisión, el médico solo, el médico y la enfermera conjuntamente, los familiares o sólo el propio paciente. En este sentido, un estudio reciente realizado en Francia (10) constató que sólo en el 24% de los casos la sedación se aplicaba en respuesta a una demanda del propio paciente y que la decisión era tomada en la mayoría de casos por el médico solo o en colaboración con la enfermera, pero raramente en colaboración con los familiares.

Solo con guías de actuación bien consensuadas podrá homogeneizarse este tipo de acto médico y descargar así al propio profesional (médicos y enfermeras) de la carga de decisiones individualizadas que puedan comportar problemas de tipo legal o ético. Homogeneizar la actitud ante la muerte se está convirtiendo no tan sólo en una necesidad para los profesionales de la sanidad sino también una creciente demanda de los usuarios de los servicios sanitarios (11).

BIBLIOGRAFÍA

1. Porta J, Guinovart C, Ylla-Catalá E, Estibalez A, Grimal I, Lafuerza A, Nabal M, Sala C, Tuca A. Definición y opiniones acerca de la sedación terminal: estudio multicéntrico catalano-balear. *Med Pal* 1999;6: 108-15.
2. Fainsinger RL, Waller A, Bercovici M, Bengston J, Landman W, Hosking M, et al. A multicentre international study of sedation for uncontrolled symptoms in terminally ill patients. *Palliat Med* 2000;14:257-65.
3. Código de Ética y Deontología Médica. Organización Médica Colegial; 1990. p. 1-19.
4. Guía Europea de Ética y de Comportamiento Profesional de los Médicos. Diciembre 1982.
5. Weins S. Sedation in imminent dying patient. *Oncology* 2000;14: 585-92.
6. Roy DJ. Need they sleep before they die? *J Palliat Care* 1990;6:3-4.
7. Mount B. A final crescendo of pain? *J Palliat Care* 1990;6:5-6.
8. Ojeda M, Navarro MA, Gómez M. Sedación y enfermo oncológico terminal. *Medicina Paliativa* 1997;4:5-11.
9. Arroyo V, Ginés O. Cirrosis hepática. En: Pbzman C, ed. *Medicina Interna*. Madrid: Harcourt SA; 2000. p. 404-8.
10. Husson MS. Le cocktail lytique ou M1. *Infokara* 1998;51:16-21.
11. Emanuel EJ, Emanuel LL. The promise of good death. *Lancet* 1998;351 (Supl II):21-9.