

La sedación paliativa por sufrimiento existencial en atención primaria: una delgada línea roja



Palliative sedation for existential suffering in primary care: A thin red line

Sr. Director:

En referencia al artículo publicado en su revista en torno a los cuidados al final de la vida, que establece la idoneidad de la consulta de atención primaria como lugar para abordar los deseos de estas personas¹, creemos necesario abrir una reflexión sobre el controvertido asunto de la sedación paliativa por sufrimiento existencial. Consideramos que es una problemática que frecuentemente queda fuera de nuestro abordaje estándar, a pesar de que es una realidad presente en nuestra población².

En 1982, Eric J. Cassell³ propuso una definición de sufrimiento como «aquella situación en la que la persona se percibe amenazada de destrucción, ya sea total o parcial». Esto es, la percepción de una amenaza y la impotencia de sentir que no tenemos recursos suficientes para enfrentarla. Cassell nos recordaba que «no sufren los cuerpos sino las personas», y que estamos llamados a superar la dicotomía mente-cuerpo que tanto nos ha condicionado en el pasado. A la luz de esto, se podría inferir que, siendo nuestro objetivo principal aliviar el sufrimiento de la persona, no nos debería condicionar cuál sea la «puerta de entrada» al mismo (en referencia al origen físico, psíquico, social o espiritual del síntoma que genera ese sufrimiento).

Nuestras guías de referencia y la bibliografía⁴⁻⁶ muestran la falta de consenso antes mencionada. En la guía de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos⁵, se describen las dificultades inherentes a esta indicación, como son el establecer la refractariedad en esta sintomatología; la naturaleza dinámica de la severidad de este sufrimiento (y el impacto de la adaptación y la tolerancia sobre el mismo); la (así descrita) poca morbilidad intrínseca de los tratamientos estándar habituales; o la presencia de esta sintomatología en unos estadios no necesariamente finales de enfermedad. Ante este escenario, la guía propone, para validar esta indicación, un itinerario que requiere una valoración y tratamiento exhaustivos, por múltiples profesionales, y siempre con la propuesta de «sedación de respiro» como previo a cualquier planteamiento de sedación continua.

La indicación de sedación paliativa por sufrimiento existencial es una realidad ante la que no podemos cerrar los ojos. Así lo constatan diversos trabajos en distintos entornos^{1,2,7,8}. La delgada línea que separa la pérdida de sentido para seguir viviendo del sufrimiento existencial refractario es motivo no pocas veces de distanciamiento entre todos los implicados. En los últimos tiempos han surgido propuestas que amplían las posibilidades de ayuda psicológica a estas personas, como por ejemplo la terapia de la dignidad⁹. Sin embargo, también sabemos que algunos de nuestros pacientes son refractarios a las mismas.

Necesitamos más herramientas y más diálogo para poder discernir, más allá de la puerta de entrada basada en la dicotomía mente-cuerpo que nos mostraba Cassell. El diagnóstico diferencial entre la pérdida de sentido para seguir viviendo y la angustia existencial provoca un vértigo que paraliza, asimilable a la «parálisis pronóstica» que tan bien describió Murray en el contexto de las enfermedades avanzadas no oncológicas^{10,11}.

Somos conscientes de los límites de la medicina. También de que el sufrimiento existencial es una experiencia global, profunda y paralizante, más allá del dolor físico y emocional. Y aceptamos que no todo se puede aliviar. Nadie quiere confundir los debates, ni «abrir puertas» que nos arrastren a escenarios que nos alejen de nuestros objetivos. Cassell nos recuerda que estos siempre han sido curar la enfermedad cuando es posible, y aliviar el sufrimiento en todo momento. La delgada línea roja antes descrita creemos que es, a día de hoy, una barrera para el encuentro con los pacientes y las familias que atendemos. Hablemos de ello para superarla.

Bibliografía

1. Del Pozo Puente K, López-Torres Hidalgo J, Simarro Herráez MJ, Gil Guillen V. La consulta de atención primaria: una oportunidad para abordar los cuidados al final de la vida. *Aten Primaria*. 2013;45:543-4.
2. Calvo-Espinos C, Ruiz de Gaona E, González C, Ruiz de Galarreta L, López C. Palliative sedation for cancer patients included in a home care program: A retrospective study. *Palliat Support Care*. 2014;24:1-6.
3. Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med*. 1982;306:639-45.
4. Organización Médica Colegial (OMC) and the Spanish Society of Palliative Care (SECPAL). Palliative sedation guide. [consultado 28 May 2015]. Disponible en: http://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_sedaccion_paliativa.pdf
5. Cherny NI, Radbruch L, Board of the European Association for Palliative Care. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med*. 2009;23:581-93.
6. Claessens P, Menten J, Schotsmants P, Broeckaert B. Palliative sedation: A review of the research literature. *J Pain Symptom Manage*. 2008;36:310-33.
7. Morita T. Palliative sedation to relieve psycho-existential suffering of terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 2004;28:445-50.
8. Anquinet L, Rietjens J, van der Heide A, Bruinsma S, Janssens R, Deliens L, et al. Physicians' experiences and perspectives regarding the use of continuous sedation until death for cancer patients in the context of psychological and existential suffering at the end of life. *Psychooncology*. 2014;23:539-46.
9. Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity therapy: A novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol*. 2005;23:5520-5.
10. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *BMJ*. 2005;330:1007-11.
11. Epiphaniou E, Shipman C, Harding R, Mason B, Murray SA, Higginson IJ, et al. Avoid "prognostic paralysis"-just get ahead and plan and co-ordinate care. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2014;24:14085.

Claudio Calvo Espinós^{a,*}, Gabriela Picco Brunetto^b,
Yolanda Santesteban Zazpe^c y Miren Marquinez Martín^a

^a *Unidad de Cuidados Paliativos, Equipo de Soporte de
Atención Domiciliaria, Hospital San Juan de Dios,
Pamplona, Navarra, España*

^b *Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital San Juan de Dios,
Pamplona, Navarra, España*

^c *Unidad de Cuidados Paliativos, Equipo de Atención
Psico-social, Hospital San Juan de Dios, Obra Social La
Caixa, Pamplona, Navarra, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ccalvo@ohsjd.es (C. Calvo Espinós).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.03.008>