

INDICACIONES DE SEDACIÓN PALIATIVA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA AVANZADA INGRESADOS EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA, DE NOVIEMBRE 2014 A ABRIL 2015

Rodrigo José Martínez Noubleau¹
Julio Adonay Ortiz Pineda¹

Recibido 05/01/16
Aceptado 16/05/16

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo de investigación fue conocer las indicaciones más frecuentes de sedación paliativa en pacientes -hombres y mujeres- que estuvieron ingresados en una unidad de cuidados paliativos, así como los diagnósticos oncológicos, el tipo de sedación y las dosis administradas, y determinar si se logró un adecuado control de los síntomas. Esto es relevante debido a que no se cuenta con datos nacionales referentes a esta terapéutica. El tipo de investigación fue descriptiva, con diseño retrospectivo en la cual se realizó una revisión de expedientes de los pacientes ingresados en el Hospital de cuidados paliativos Divina Providencia de El Salvador, en el periodo de noviembre de 2014 a abril de 2015. Se seleccionó una muestra no probabilista por conveniencia de 49 pacientes. Según los datos obtenidos, se observó que el 30% de los pacientes necesitaron sedación paliativa sin diferencia de género; además se estableció que el 69.4% de los pacientes se encontraban entre los 50 y los 79 años. La indicación de mayor frecuencia para administrar sedación paliativa fue la disnea, con un 34.7%, lo cual corresponde a la prevalencia de cáncer pulmonar que se situó en un 12,2%, y metástasis pulmonares con el 26.5% en la mayoría de pacientes. Sin embargo, la enfermedad oncológica de mayor prevalencia fue cáncer gastrointestinal, con el 18.4%. Más del 80% de los pacientes ingresados en el periodo de tiempo revisado recibieron una sedación paliativa de tipo continua y profunda. El 100% fue sedado con una benzodiacepina (Midazolam), con una dosis media de 60mg en 24 horas. En ningún paciente se utilizó neuroléptico como sedante. En el 63.3% de los pacientes con sedación paliativa se logró un control de síntomas y confort mediante una sedación de tipo profunda. Se estudió la relación de diferentes variables como nivel de Ramsay y confort del paciente (EDAF), metástasis y tipo de cancer, indicación de sedación y metástasis, las cuales el valor de χ^2 determina relación estadística significativa. Los resultados difieren de los encontrados en guías e investigación internacionales, probablemente debido a la idiosincrasia de los pacientes o a la forma en que se aplican los protocolos establecidos.

¹ Médicos en año social, Universidad Evangélica de El Salvador.

Palabras clave: Cuidados paliativos; sedación paliativa; control de síntomas refractarios; enfermedad oncológica; El Salvador; Hospital Divina Providencia.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, los avances en la medicina han permitido una mayor expectativa de vida, lo cual ha generado un aumento de la prevalencia en las enfermedades crónicas degenerativas. Debido a esto, los cuidados paliativos se han constituido en un medio importante para el control de síntomas, tanto para pacientes con enfermedades crónicas oncológicas como no oncológicas, ya que el objetivo de los cuidados paliativos es lograr calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas incurables.

El lograr un control adecuado de los síntomas conforme progresa la enfermedad se hace más difícil por la complejidad de los sistemas que se ven comprometidos; es por esto que se han elaborado esquemas de tratamiento, como la sedación paliativa. Cabe resaltar que, de no ser por la intervención paliativista, el paciente se vería ante un sufrimiento inminente.

En El Salvador no se tienen datos registrados sobre la cantidad de pacientes que necesitan o reciben cuidados paliativos, ni sobre la frecuencia de administración de sedación paliativa; por tanto, éste estudio expone una experiencia de país, específicamente en el Hospital Divina Providencia, cuyos resultados permiten conocer las indicaciones más frecuentes de sedación paliativa, los diagnósticos oncológicos a los que con mayor frecuencia se les administra sedación, el tipo de sedación, así como el fármaco utilizado y las dosis administradas; además determina si se logró un adecuado control de los síntomas en los pacientes.

El estudio se centró en recopilar las indicaciones más frecuentes de sedación paliativa en pacientes ingresados con enfermedad oncológica avanzada en el Hospital Divina Providencia en el periodo de noviembre de 2014 a abril de 2015.

METODOLOGÍA

El tipo de investigación fue cuantitativa, descriptiva y retrospectiva sobre las indicaciones de sedación paliativa. El estudio se desarrolló en el

Hospital Divina Providencia ubicado en la ciudad de San Salvador, El Salvador. La población fueron los pacientes con enfermedad oncológica avanzada, ingresados en el nivel III durante el periodo de noviembre de 2014 hasta abril de 2015. La muestra fue de tipo no probabilístico por conveniencia, y se seleccionó en base a los siguientes criterios de inclusión: a) pacientes que estuvieron ingresados en el nivel III del Hospital; b) ingresados durante el periodo de noviembre de 2014 hasta abril de 2015; c) con diagnóstico de enfermedad crónica avanzada de tipo oncológica; y d) pacientes bajo sedación paliativa de cualquier tipo durante su estancia hospitalaria.

Se recopiló la información a partir de los expedientes clínicos de los pacientes con los criterios de inclusión ya mencionados, utilizando las siguientes variables, las cuales correspondían al instrumento de recolección de datos: 1) Número de expediente. 2) Edad. 3) Sexo del paciente. 4) Diagnóstico oncológico. 5) Metástasis. 6) Indicación de sedación paliativa. 7) Tipo de sedación que se utilizó, ya sea continua o intermitente; superficial o profunda. 8) Tipo de medicamento que se utilizó y sus dosis respectivas. 9) Dosis de rescate. 10) Nivel de conciencia posterior a la sedación por escala de Ramsay. 11) Nivel de confort del paciente evidenciado en el registro de la escala EDAF utilizada en el Hospital.

RESULTADOS

Del total de 160 pacientes ingresados en el Hospital en el periodo de noviembre del año 2014 a abril 2015, se obtuvo una muestra de 49 (30.6%) pacientes, a quienes se les indicó sedación paliativa por síntomas refractarios; 22 pacientes del sexo masculino (31%) y 27 del sexo femenino (30%). Las edades de los pacientes oscilaban entre los 30 y los 89 años de edad, siendo el 69.4% de los pacientes en el rango etario entre los 50 y 79 años.

Las indicaciones más frecuentes de sedación paliativa en El Salvador son: 1) disnea 34.7% (17/49), 2) dolor no controlado 24.5% (12/49),

3) delirio 20.4% (10/49), 4) ansiedad 18.4% (9/49) y 5) diátesis hemorrágica con 2.0% (1/49).

Las enfermedades oncológicas de mayor prevalencia que presentaron síntomas refractarios y requirieron sedación paliativa fueron: cáncer gastrointestinal, 18.4%; cáncer de pulmón y cáncer de mama, con un 12.2% cada uno; el cáncer de cérvix y el hepatocarcinoma, 6.1% cada uno; las neoplasias malignas del SNC, 4.1%; neoplasia hematológicas y el cáncer de próstata, 2.0% cada uno; el 36.7% se clasificó como otro tipo de diagnóstico oncológico agrupados por su baja prevalencia, los cuales son: cáncer de ovario, adenocarcinoma de endometrio, cáncer de esófago, sarcomas, cáncer de faringe, cáncer nasal, cáncer de cuello, cáncer de riñón, colangiocarcinoma.

En cuanto a las metástasis de las diferentes enfermedades oncológicas, las cuales tienen fuerte relación con la indicación de sedación paliativa, se determinó que de los pacientes con cáncer gastrointestinal, el 55.6% presentó carcinomatosis peritoneal, el 33.3% metástasis a hígado y el 11.1% no presentó metástasis. De los pacientes con cáncer de pulmón, el 50% presentó infiltración a grandes vasos y 50% no presentó metástasis. Con respecto a los pacientes con cáncer de mama, el 83% presentó metástasis a pulmón y 17% a Sistema Nervioso Central (SNC).

En relación a las pacientes con cáncer de cérvix, el 33.3% presentó metástasis a pulmón, el 33.3% carcinomatosis peritoneal y el 33.3% infiltración loco regional. El 66.7% de los pacientes con hepatocarcinoma no presentó metástasis, mientras que el 33.3% presentó infiltración a hueso. De los pacientes estudiados con cáncer de próstata, el 100% presentó metástasis a pulmón. Las neoplasias agrupadas como "otro tipo de enfermedad oncológica" presentaron un 26.5% metástasis a pulmón, 20.4% carcinomatosis abdominal y 28.6% no presentaron metástasis. Los pacientes con neoplasias hematológicas y del SNC no presentaron ningún tipo de infiltración.

Al correlacionar el tipo de cáncer y la indicación de sedación paliativa, el 100% de los pacientes con cáncer de pulmón requirió sedación por disnea; al 50% de los pacientes con cáncer de mama se les indicó sedación paliativa por disnea, al 33.3% por delirio y el 16.7% por ansiedad refractaria. Las

indicaciones de sedación en pacientes con cáncer gastrointestinal fueron: el 33.3% por delirio, el 33.3% por dolor no controlado, el 11.1% por diátesis hemorrágica, y el 11.1% por ansiedad. De los pacientes con hepatocarcinoma, el 66.7% por dolor no controlado y 33.3% por ansiedad; en pacientes con diagnóstico hematológico, el 100% presentó dolor no controlado como indicación de sedación paliativa; los pacientes con neoplasia del SNC, el 50% presentó delirio no controlado y el 50% dolor no controlado. El 100% de los pacientes con cáncer de próstata presentó disnea como indicación de sedación; pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix, las indicaciones fueron disnea, delirio y dolor no controlado, cada una con 33.3%. De los tipos de cáncer clasificado como otros, la indicación de sedación fue por disnea, delirio, dolor no controlado y ansiedad, con 28%, 16.7%, 22.2% y 33.3% respectivamente.

Se determinó que el tipo de sedación paliativa administrada en los pacientes del Hospital de cuidados paliativos fue de tipo continua en un 83.7%, la cual se administra por medio de infusiones, en contraste con el 16.3% de los pacientes, quienes recibieron sedación intermitente; es decir que se les administraba dosis del fármaco en horas establecidas, siendo una benzodiacepina el fármaco de elección para sedación en la totalidad de los pacientes, específicamente el Midazolam, utilizando una dosis media de 60 mg en 24 horas.

En relación a los 10 pacientes que estuvieron bajo sedación paliativa por delirium no controlado, se utilizó midazolam debido a limitante en cuanto a los recursos, aclarando que dichos pacientes siempre mantuvieron un fármaco neuroléptico (Clorpromazina o Haloperidol) como coadyuvante para controlar el síntoma refractario.

Se evaluó así mismo la relación entre la escala de discomfort de Edmonton (EDAF) y el estado de conciencia según la escala de Ramsay, observando que el 63.3% de los pacientes se encontraron con un EDAF de menor o igual a 3 puntos, y el 36.7% con una puntuación mayor o igual a 4 puntos en la escala de EDAF. También se pudo establecer el nivel de conciencia mediante la escala de Ramsay, obteniendo que el 51% de los

pacientes se encontraron con un Ramsay de IV, el 36.7% con un Ramsay de III, el 10.2% con un Ramsay de II y el 2.0% con un Ramsay de I.

Mediante χ^2 se determinó si existía relación o no de determinadas variables, encontrando lo siguiente: entre indicación de sedación paliativa y tipo de cáncer no existe relación estadística significativa (p valor=0.295). Por otra parte, entre las variables nivel de Ramsay y confort del paciente (EDAF) (p valor=0.003), metástasis y tipo de cáncer (p valor=0.010), indicación de sedación y metástasis (p valor=0.022), el valor de χ^2 determina relación estadística significativa.

DISCUSIÓN

La principal indicación de sedación paliativa es la disnea, lo cual lo que contrasta con la mayoría de guías de sedación revisadas, donde refieren ser el delirium la indicación de mayor prevalencia.

La mayoría de pacientes recibieron una sedación paliativa continua y más profunda para poder lograr un alivio sintomático y poder garantizar confortabilidad. Según la *Guía de sedación paliativa del PRCPEX*, la disminución de la conciencia deberá ser solo en grado suficiente para conseguir el alivio deseado y nunca más allá de lo estrictamente necesario.

Existe un debate con respecto a la utilización de sedación profunda continua; y según la Asociación Europea de Cuidados Paliativos, solo debe utilizarse cuando la sedación superficial se ha manifestado inefectiva.

El fármaco utilizado para sedación paliativa en la totalidad de pacientes fue el Midazolam, con dosis mayores a las encontradas en la *Guía de sedación paliativa del PRCPEX*, describiendo una mediana de dosis de 30-45mg.

En relación a los pacientes cuya indicación de sedación fue delirium no controlado, y en el cual las normas sugieren la utilización de levomepromazina, se utilizó Midazolam como fármaco principal para sedación paliativa, debido a limitantes en los recursos del Hospital, y dichos pacientes siempre mantuvieron un neuroléptico para control del síntoma.

CONCLUSIONES

A la luz de los resultados del estudio, se concluye lo siguiente:

- 1) La principal indicación de sedación paliativa en los pacientes ingresados con enfermedad oncológica avanzada en el nivel III del Hospital de cuidados paliativos Divina Providencia, en el periodo de noviembre de 2014 hasta abril 2015, es la disnea, con el 34.7%; el cáncer de pulmón es uno de los diagnósticos oncológicos con alta prevalencia dentro de los pacientes ingresados en el Hospital, además de la alta frecuencia de metástasis pulmonares que al final desencadenan una disnea de difícil control; por lo cual se necesita de sedación paliativa para lograr tener un control sintomático y así poder brindar una mejor calidad de vida al paciente.
- 2) Un tercio de los pacientes ingresados en el Hospital (30%) necesitan sedación paliativa para lograr un adecuado control sintomático y una adecuada calidad de vida. Además se observó que no existe relación entre sedación paliativa y el sexo del paciente.
- 3) La sedación paliativa es más predominante a partir de los 50 años de edad, con un rango entre 50 a 79 años. Cabe aclarar que la mayoría de pacientes con enfermedad oncológica avanzada o enfermedad terminal ingresados se encontraron en dichas edades.
- 4) La enfermedad oncológica con mayor prevalencia de administración de sedación paliativa es el cáncer gastrointestinal, con el 18.4%.
- 5) El 80% de pacientes recibieron una sedación paliativa continua y profunda para poder lograr un alivio sintomático del paciente y poder garantizar confortabilidad.
- 6) El fármaco de elección fue el Midazolam, que es el fármaco que primero se escoge en la sedación paliativa, con una dosis media de 60mg al día, mostrando una adecuada eficacia en el control de síntomas.
- 7) Los pacientes que se encontraban con un adecuado confort de sus síntomas, con una puntuación en la Escala de Discomfort de Edmonton menor de 4 puntos (63.3%), son

los pacientes en quienes se logró una sedación más profunda según la escala de Ramsay, con un nivel de conciencia de III y IV, con un 36.7% y 51% respectivamente. Por lo que se puede establecer que, al disminuir el nivel de conciencia mediante la sedación, se logra un mejor control sintomático de los pacientes cuyos síntomas son refractarios a un manejo adecuado, evitando así un mayor sufrimiento y brindando una mejor calidad de vida, el cual es la esencia de los cuidados paliativos.

RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud y Asistencia Social se recomienda mayor apertura, atención y promoción de los cuidados paliativos a nivel nacional y en la preparación de los profesionales de la salud.

A las distintas facultades de Medicina del país, se les recomienda incluir en la currícula la cátedra de cuidados paliativos en el plan de estudios de las carreras en salud, cultivando así una rama poco conocida y de suma importancia de la medicina.

Con respecto a la sedación paliativa, se recomienda al Hospital Divina Providencia la creación de una guía nacional sobre sedación paliativa, para poder estandarizar dicha terapéutica y pueda ser reproducida en los diferentes establecimientos de salud de todo el país.

Fuentes consultadas

1. López, R.; Nervi, F.; Taboada, P. (2005). Manual de Medicina Paliativa. Escuela de Medicina, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile. Disponible en: <http://cuidadospaliativos.org/recursos/manuales-y-guias/> Recuperado el 06 de abril de 2015.
2. *Ministerio de Salud de El Salvador. (2014). Lineamientos técnicos para la atención del dolor crónico y cuidados paliativos. San Salvador, El Salvador.* Disponible en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/lineamientos.asp> Recuperado el 20 de marzo de 2015.
3. Organización Panamericana de la Salud en las Américas. (2014). Cáncer en las Américas: Indicadores Básicos 2013. Washington, EUA. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1866&Itemid=3904&lang=es Recuperado el 10 de junio de 2015.
4. Organización Panamericana de la Salud en las Américas. (2014). Cáncer en las Américas: Perfiles de país 2013. Washington, EUA. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1866&Itemid=3904&lang=es Recuperado el 10 de junio de 2015.
5. Organización Panamericana de la Salud en las Américas. (2004). Cuidados paliativos. Guías para el manejo clínico. 1ra ed, pág 3-30.
6. Secretaria Nacional de Salud. (2010) Guía Práctica Clínica en Cuidados Paliativos. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Estado de México, México.
7. Pastrana T, De Lima L, Wenk R, Eisenchlas J, Monti C, Rocafort J, Centeno C (2012). Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica ALCP. 1a edición. Houston, EUA. Disponible en: <http://cuidadospaliativos.org/publicaciones/atlas-de-cp-de-latinoamerica/> Recuperado el 02 de abril de 2015.
8. Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E, Gabilondo S. (1999). Principios básicos para el control del dolor total. Rev. Soc Esp Dolor.
9. Jaramillo J. (2001). Evolución de la Medicina: Pasado, Presente y Futuro. Acta Médica Costarricense. Colegio de Médico y de Cirujanos de Costa Rica. Costa Rica.
10. Montes, Gabriela. (2006). Historia de los Cuidados Paliativos. Revista Digital Universitaria. México. Vol. 7. p.55. Disponible en: http://www.revista.unam.mx/vol.7/num4/art23/abr_art23.pdf Recuperado el 18 de abril de 2015.
11. García, María José. (2011). Evolución Histórica De Los Cuidados Paliativos. Trabajo de graduación para optar al título de Enfermera. Universidad de Murcia. Murcia. España.

12. Fundación Ciencias de la Salud. (2005). *Ética en cuidados paliativos*. Madrid, España.
13. Vallejo, E. (2014). Medición de niveles de consciencia durante la sedación paliativa para manejo integral del dolor, ansiedad y sufrimiento (MIDAS) mediante índice biespectral y escala de Ramsay. Para obtener el Diploma en el Curso de Alta Especialidad en Medicina Paliativa. Instituto nacional de cancerología. México D.F.
14. Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura. (2015). *Guía de sedación paliativa del PRCPEX, uso y recomendaciones*. España. Disponible en: <http://www.secpal.com/GUIA-CLINICA-DE-SEDACION-PALIATIVA-DEL-PRCPEX> Recuperado el 20 de octubre de 2015.
15. Organización Médica Colegial y Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (2011). *Guía de Sedación Paliativa*. Madrid, España. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_sedacion_paliativa.pdf Recuperado el 07 de mayo de 2015.
16. Consejería de Salud. (2005). *Sedación paliativa y sedación terminal. Orientaciones para la toma de decisiones en la práctica clínica*. Andalucía. España. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Sedacion%20Paliativa.pdf> Recuperado el 03 de abril de 2015.
17. Instituto Catalán de Oncología. (2013). *Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal*. 3ª edición. Madrid, España. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/0B5JGoBVRg7zrVmdydTM1Z1d1NzQ/view> Recuperado el 10 de abril de 2015.
18. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. (2008). *Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos*. Madrid: Plan Nacional 56 para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. España. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/0B5JGoBVRg7zrVmdydTM1Z1d1NzQ/view> Recuperado el 10 de abril de 2015.
19. Nogueira, F, Rioko K. (2012). Sedación Paliativa del Paciente Terminal. *Revista Brasileña de Anestesiología*. (62: 4)1-7.
20. Babarro Al, Fernández J. (2008). *Sedación Paliativa. Terapéutica en APS*. Madrid, España.
21. Cancer Care Ontario. (2003). *Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)*. Ontario, Canada. Disponible en: <https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=13262> Recuperado el 22 de abril de 2015.
22. Bruera E, Sweeney C, Willey J, et al. (2003). Perception of discomfort by relatives and nurses in unresponsive terminally ill patients with cancer: a prospective study. *J Pain. Symptom Mange*. 26: 818-26.