

**ALCP**  
**Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos**

**Circulares en Español**

**Si desea suscribirse hágalo desde la página principal**

Si desea publicitar en este medio algún artículo de su producción, contáctese con la coordinación en: [alcp\\_secretaria@arnet.com.ar](mailto:alcp_secretaria@arnet.com.ar)

---

**EQUIPO EDITORIAL**

Editor General: Dr. Roberto Wenk (Argentina)

Comité Editorial: Dr. Raúl Sala (Argentina)

Comité de traducción al Portugués: Dr. Roberto Bettega (Brasil), Dr. Císio Brandao (Brasil), Dra. Isabel Galrica Neto (Portugal)

Coordinación: Lic. Ana Carolina Monti (Argentina)

---

**Circular N° 19**

**Contenido**

- Comentario de la Comisión Directiva
- Trabajo presentado en el congreso de Montevideo
- Miscelaneas

**COMENTARIO DE LA CD**

Hola a todos !

Este es mi primer mensaje como Presidente de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP). Muchas gracias a los miembros de la Comisión Directiva por elegirme para este periodo hasta la próxima reunión de la ALCP en el 2006. Tenemos muchos planes para el futuro y algunos proyectos que lanzaremos pronto para todos nuestros colegas de América Latina.

Uno de estos es el sitio Web para la Asociación el cual se encuentra en construcción en el dominio [www.cuidadospaliativos.org](http://www.cuidadospaliativos.org). El sitio estará listo para el próximo mes y esperamos que sirva de punto de encuentro y como portal para la disseminación de información sobre eventos, nuevos desarrollos, proyectos, herramientas de valoración y evaluación específicas a nuestras poblaciones, directorio de programas, congresos y otros adicionales.

Según le prometimos a los asistentes a la Asamblea de la ALCP en Montevideo, estamos en proceso de abrir una cuenta en USA para los pagos de membresía a la Asociación. Esta decisión se tomó para proteger los fondos pagados por los miembros y los dineros de la organización de algunos de los riesgos financieros que suceden en nuestra Región.

Como algunos de ustedes saben, el libro de Cuidados Paliativos: Guía Clínica Práctica, publicado por la Asociación Internacional de Cuidados Paliativos (IAHPC) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ya está listo. El libro incluye 21 capítulos diferentes sobre el tratamiento de síntomas en enfermedades avanzadas y otros como Comunicación y Ética en Cuidados Paliativos. Los capítulos son escritos por autores y líderes reconocidos en los Cuidados Paliativos en Latinoamérica. Estaremos entregando una copia complementaria a todos los colegas que se afilien a la Asociación y sabemos que será muy útil como fuente de información y de trabajo.

Confiamos en que la Asociación se convierta en una organización sólida que sirva a todos los Latinoamericanos que trabajamos en los cuidados paliativos. Los invitamos a seguir acompañándonos con esta Circular e invitando a sus compañeros de trabajo a unirse al grupo. Los primeros ladrillos son siempre los más difíciles, pero son también los que sirven de base para el futuro. Estamos muy orgullosos de esta asociación y seguiremos trabajando juntos para llevarla a donde nos lo propusimos.

Hasta el próximo mes.

Liliana De Lima, MHA  
Presidente

## TRABAJO PRESENTADO EN EL CONGRESO DE MONTEVIDEO

### Conceptos, controversias, e indicaciones de sedación en el paciente terminal

Dra. Argelia Lara Solares.

Unidad de Medicina del Dolor y Paliativa. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de Nutrición  
"Salvador Zubirán". México, D.F.

Contacto: [medicinapaliativa\\_als@yahoo.com.mx](mailto:medicinapaliativa_als@yahoo.com.mx)

**Definición.** Se entiende por sedación terminal, la administración *deliberada* de fármacos que disminuyan el nivel de conciencia 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.

**Concepto.** El de la sedación terminal, es un proceso que involucra intervenciones farmacológicas encaminadas a inducir o mantener un nivel de conciencia reducido, para aliviar síntomas refractarios en la enfermedad terminal. El propósito es disminuir el estado de alerta/conciencia del paciente por síntomas que causan distress. La sedación terminal no tiene como objetivo acortar la vida del enfermo, sólo disminuir su nivel de conciencia. Se debe considerar sin embargo, que el "principio del doble efecto" opera en esta situación, y hay que considerarlo en la toma de decisiones.

El debate en la sedación terminal, continúa generando controversia, sin embargo, con estricto apego a los valores bioéticos universales, en la práctica clínica hay situaciones donde es evidente la necesidad de sedación al final de la vida, cuando otras medidas han fracasado, y el paciente se encuentra en una situación límite de sufrimiento.

Principios Bioéticos. Retomando los principios de No Maleficencia y Beneficencia, y a la luz de los conocimientos actuales, se debe considerar, que:

La acción de sedar en sí misma, desde el punto de vista bioético, no es buena ni mala, es necesaria en algunas circunstancias.

La prioridad y la intención deben ser en función del beneficio del paciente, y de una correcta toma de decisiones.

Es tan malevolente administrar un fármaco con la idea de producir la muerte del enfermo, como no administrar un sedante y permitir que el paciente sufra innecesariamente.

Clasificación de la sedación terminal.

Sedación terminal terapéutica: "Es el uso de medicación sedante, para aliviar distress intratable y refractario mediante la reducción en la conciencia del paciente.

Subcategorías propuestas:

Grado de sedación (Ligera-Profunda)

Duración (Reversible-Irreversible)

Fármacos que la inducen (Efecto primario o secundario)

Indicaciones Clínicas.

Delirium agitado refractario al tratamiento con neurolepticos,

Disnea no controlable con tratamiento máximo estándar,

Cualquier síntoma refractario que no sea controlable pese a los mejores cuidados.

Emergencias específicas:

Convulsiones (Status epilepticus),

Estridor agudo (Sofocación),

Sangrado masivo,

Preguntas que es necesario responder antes de iniciar la sedación terminal.

¿Ha sido bien evaluada la posibilidad de haber identificado todos los factores potencialmente reversibles?

¿Se han hecho las interconsultas necesarias con otros especialistas?

¿Las técnicas no-farmacológicas han sido ensayadas y agotadas?

¿Las metas de la sedación han sido explicadas y discutidas con el enfermo y su familia?

¿Se ha llegado a un consenso como resultado de esta discusión?

¿Se ha considerado la posibilidad de sedación temporal?

Revisión de la literatura clínica. La sedación terminal es un procedimiento que se puede considerar habitual en Cuidados Paliativos. La literatura médica, muestra una gran disparidad en la frecuencia de sedación reportada. En una revisión de la literatura de los últimos 10 años, se analizó cómo manejan la sedación diferentes grupos médicos.

**Resultados.** Se encontraron trece trabajos, todos descriptivos, que ofrecen información retrospectiva o prospectiva. La metodología empleada en ellos es muy heterogénea. De todos los trabajos, sólo cinco incluye una definición de sedación terminal. Otros seis trabajos también incluyen la sedación como objeto de estudio, pero no era el principal objetivo. La frecuencia con que se usa sedación varía entre el 1 y el 52%, siendo la mediana de 25%. Las razones más frecuentemente reportadas para sedar, fueron: Disnea, Dolor y Agitación/Delirium. Son pocos los estudios que reconocen el distress psicológico como causa de sedación. No parece que la frecuencia de sedación sea diferente si se considera el lugar de atención (hogar u hospital), o si las razones son sólo físicas o físicas y psicológicas. Los fármacos más utilizados para sedar fueron: midazolam y haloperidol empleados por vía subcutánea. La supervivencia del paciente a partir de la sedación es consistentemente breve, siendo la media de 2,4 días, variando entre 1,3 y 3,9 días. En dos trabajos comparan la supervivencia entre los que se sedaron y los que no, y no encontraron diferencia. Sólo en cinco trabajos se habla del consentimiento del paciente y/o familia.

Recomendaciones en sedación terminal. Es preciso individualizar la decisión terapéutica para cada paciente. Cualquier actitud que influya directamente sobre el tratamiento de un enfermo terminal, y que pueda afectar su expectativa de vida, debería ser adoptada de manera consensada por quienes le atienden. Si es posible se debería conocer y respetar la actitud y/o la decisión del paciente y su familia. No se deben suprimir los cuidados elementales de higiene y confort, ni suspender la medicación elemental para el control sintomático. Se deben omitir o suspender los tratamientos médicos que no se dirijan a producir un alivio si es predecible que no afectan de manera significativa el pronóstico del enfermo. Se puede plantear la sedación como última medida de control de síntomas.

**Conclusión.** La sedación debe considerarse como una parte del arsenal terapéutico, cuya aplicación este sometida a un objetivo benevolente (intencionalidad), y a una toma de decisiones adecuada, que contemple la situación clínica y los deseos del paciente siempre que esto sea posible, o en su caso, de la familia.

## **Obstrucción ureteral maligna bilateral en cuidados paliativos. ¿Deben realizarse procedimientos invasivos?**

Cristian Viaggio, Cristina Losada, Valeria Tedeschi, María de los Ángeles Minatel, Daniel Rossi, Cristina Redondo, Roberto Wenk

UCP Hospital Sommer. Programa Argentino de Medicina Paliativo-Fundación FEMEBA. Buenos Aires, Argentina.

Contacto: [sedu@s6.coopenet.com.ar](mailto:sedu@s6.coopenet.com.ar)

**Resúmen.** La Obstrucción Ureteral Maligna Bilateral (OUMB.) es un problema común en CP: en algunas ocasiones suele ser la forma de presentación de las neoplasias, y otras veces se puede presentar en el transcurso de una enfermedad avanzada,. Cuando se acompaña de insuficiencia renal aguda (IRA), se debe decidir realizar o no procedimientos desobstructivos para evitar el coma urémico.

**Objetivo.** Evaluar en pacientes con IRA por OUMB: causas, factores que se tuvieron en cuenta en la toma de decisiones, procedimientos indicados y evolución hasta el fallecimiento.

**Método.** Se realizó la evaluación retrospectiva de las historias clínicas de 21 pacientes que fueron hospitalizados con IRA por OUMB secundaria a cánceres pelvianos en el período Enero 2001-Octubre de 2003. Se describen dos grupos de pacientes:

Grupo 1: 10 pacientes que recibieron solo control de síntomas

Grupo 2: 11 pacientes que recibieron control de síntomas y procedimientos invasivos.

Todos los pacientes habían recibido tratamiento oncológico específico de primera línea.

Grupo 1: 7 fueron mujeres y 3 hombres . La edad promedio de las mujeres fue 51.5 años y de los hombres de 69 años.

La causa más frecuente en las mujeres fue el carcinoma epidermoide de cuello uterino (85.7%), seguido del carcinoma de endometrio (14.3%). En los hombres fue el adenocarcinoma de próstata (66.6%), seguido del carcinoma transicional de vejiga. ( 33.3%)

En casi todos ellos se intentó sin éxito la colocación de un catéter ureteral tipo doble j, excepto en 2 pacientes que se encontraban en coma urémico y agónicos al momento de la evaluación. Todos los pacientes fallecieron por la falla renal aguda, hospitalizados y con síntomas urémicos severos; la mayoría requirió de ellos sedación.

Grupo 2: 8 fueron mujeres y 3 hombres . La edad promedio de las mujeres fue de 46.2 años y de los hombres de 68.6 años. La causa más frecuente en las mujeres fue el carcinoma epidermoide de cuello uterino (87.5 %) seguido del adenocarcinoma de colon (12.5%). En los hombres fue el adenocarcinoma de próstata (66.6%), seguido del carcinoma transicional de vejiga (33.3%)

En los 11 pacientes se intentó primero la colocación de un catéter ureteral, con éxito en solo 2. En 5 se realizó ureterostomía cutánea uni o bilateral (45.4%), en 2 nefrostomía a cielo abierto (18.1%) y nefrostomía percutánea en los 2 restantes (18.1%). Siete pacientes (63.6%) fueron dializados previo a la cirugía para estabilizar su cuadro clínico.

En los 7 pacientes que se realizaron procedimientos convencionales por falta de recursos no se registraron complicaciones severas intra-operatoria ni en el post-operatorio inmediato, y todos pudieron ser externados.

Se realizó el seguimiento hasta el fallecimiento de 10 pacientes, y se perdió contacto en 1.

Seis pacientes (54.5%) fallecieron en su domicilio junto a su familia y 4 (36.3%) fallecieron internados. El promedio de sobrevida fue de 6.3 meses.

**Discusión.** Creemos que se pueden realizar procedimientos desobstructivos en pacientes que se encuentran en CP con OUMB, y que la decisión terapéutica debe ser personalizada y tomada luego de una cuidadosa decisión con el paciente y / o la familia.

## **MISCELÁNEAS**

El Hospicio St Christopher ofrece su servicio de copias de artículos a un costo de 40 libras por año. Pero ofrece SUBCIPCIONES GRATIS para lectores de países en desarrollo. Contactar a Denise Brady, correo E [d.brady@stchristophers.org.uk](mailto:d.brady@stchristophers.org.uk)

El Worldwide Hospice and Palliative Care Online (WHPCO) ofrece el reporte de los servicios de cuidados paliativos pediátricos en el mundo; correo E: [j.mcdowall@helpthehospices.org.uk](mailto:j.mcdowall@helpthehospices.org.uk)

Las secciones "ARTÍCULO REGIONAL", "ACTIVIDAD DOCENTE REGIONAL" y "BUEN TRABAJO. FELICITACIONES !!!!" (y otras que Uds. propongan) están destinadas a mejorar la comunicación entre las personas con interés en el Cuidado Paliativo y a promover el estudio y la investigación. Desarrollemos la actividad comunitaria regional tan necesaria. Dedicemos una pequeña parte de nuestro tiempo a compartir experiencias y resultados. Esperamos su aporte.

Roberto Wenk.