

Escuela de Medicina. Universidad Panamericana

## Sedación terminal, eutanasia y bioética

Dra. Ma. de la Luz Casas Martínez<sup>1</sup>

### RESUMEN

Se ha observado que ante el debate mundial suscitado por el caso Terry Schiavo a cerca de la eticidad y licitud de la interrupción de medidas de soporte vital en pacientes irreversibles, se han vuelto a mencionar temas relacionados con la eutanasia. Entre estos temas se encuentra el de la utilización de la sedación en cuidados paliativos, y si esta medida podría considerarse como eutanasia pasiva. Se sabe que en Cuidados Paliativos, la administración de fármacos sedantes, *per se*, no supone un problema ético cuando se han prescrito bajo las indicaciones correctas y con el consentimiento del paciente. El objetivo del presente artículo fue aclarar algunos aspectos sobre este tema y su posible aplicación ética en los cuidados paliativos. Se eligió el método del análisis bioético dentro de la corriente humanista. Se concluyó presentando las condiciones puntuales en que la utilización de sedación terminal es éticamente aceptable.

*Palabras clave:* Cuidados paliativos, sedación, eutanasia, bioética.

Ante el debate mundial suscitado por el caso Terry Schiavo a cerca de la eticidad y licitud de la interrupción de medidas de soporte vital en pacientes irreversibles, se vuelven a mencionar temas relacionados con la eutanasia. Entre estos temas se encuentra el de la utilización de la sedación en cuidados paliativos, y si esta medida podría considerarse como eutanasia pasiva. En Cuidados Paliativos la administración de fármacos sedantes, *per se*, no supone un problema ético cuando se han prescrito bajo las indicaciones correctas y con el consentimiento del paciente.

Sí suelen generar dudas, en cambio, aquellas situaciones en que aparecen síntomas refractarios, difíciles o resistentes a los tratamientos habituales y en los que se ha de contemplar la sedación como única posibilidad terapéutica. El problema consiste esencialmente en la dificultad que algunos autores han manifestado tener para diferenciar sedación de eutanasia y la clara posibilidad de conculcar los principios de autonomía y beneficencia.

El presente artículo trata de aclarar algunos aspectos sobre este tema y su posible aplicación ética en los cuidados paliativos. El método elegido es el del análisis bioético dentro de la corriente humanista.

Antes de la discusión, es imprescindible proporcionar algunas definiciones que nos permitan facilitar su comprensión.

Enfermedad terminal:

1. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
3. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
4. Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
5. Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

#### **Sedación paliativa <sup>1</sup>**

“Se entiende por sedación paliativa la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito, implícito o delegado.”

#### **Sedación terminal <sup>1</sup>**

“Se entiende por sedación terminal la administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y/o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima y con su consentimiento explícito, implícito o delegado.

#### **Síntoma refractario <sup>1</sup>**

“El término refractario puede aplicarse a un síntoma cuando éste no puede ser adecuadamente controlado a pesar de los intensos esfuerzos para hallar un tratamiento tolerable en un plazo de tiempo razonable sin que comprometa la conciencia del paciente.”

#### **Síntoma difícil <sup>1</sup>**

“El término difícil puede aplicarse a un síntoma que para su adecuado control precisa de una intervención terapéutica intensiva, más allá de los medios habituales, tanto desde el punto de vista farmacológico, instrumental y/o psicológico.”

### **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Cuando un paciente se halla en período final de su vida, el objetivo prioritario no será habitualmente la salvaguarda a ultranza de la misma sino la preservación de la calidad de esa vida que todavía queda.

La falta de comprensión de lo anterior ha llevado en ocasiones a la obstinación terapéutica, con un gran sufrimiento del paciente y de su familia, y a un razonable rechazo social que sin duda ha contribuido a crear el estado de opinión propicio para que algunos soliciten la legalización de la eutanasia.

En el paciente en situación de enfermedad avanzada y terminal es francamente maleficiente permitir el sufrimiento del enfermo por el miedo de que se pueda adelantar la muerte al buscar el alivio de su sufrimiento.

El principio de doble efecto puede aplicarse en el caso de la sedación, entendiendo que el efecto deseado es el alivio del sufrimiento y el efecto indeseado la privación de la conciencia.

La muerte no puede considerarse como el efecto indeseado, ya que desgraciadamente el paciente fallecerá inexorablemente a consecuencia de la evolución de su enfermedad y/o sus complicaciones.

La responsabilidad moral del equipo de salud recae sobre el proceso de toma de decisiones que se adoptan para aliviar el sufrimiento y no tanto sobre el resultado de su intervención en términos de vida o muerte.

Condiciones del principio ético del doble efecto

1. La acción debe ser buena o neutra.
2. La intención del actor debe ser correcta (se busca el efecto bueno).
3. Existe una proporción o equilibrio entre los 2 efectos, el bueno y el malo.
4. El efecto deseado y bueno no debe ser causado por un efecto indeseado o negativo.

Desde el punto de vista ético y terapéutico, la sedación paliativa o terminal es una maniobra terapéutica dirigida a aliviar el sufrimiento del paciente y no el dolor, la pena o la aflicción de la familia o del equipo de salud.

La presencia de un intenso sufrimiento en la familia requiere un mayor grado de dedicación por parte del equipo de salud. Por la intensidad y complejidad que ello suele conllevar, debería considerarse como una indicación de ingreso del paciente en una unidad específica de Cuidados Paliativos.

## **ACTITUDES ÉTICAS**

Siempre debe obtenerse el consentimiento para proceder a una sedación y, cuando sea posible, éste debe ser explícito. En cualquier caso, la realidad clínica se impone ya que nos hallamos ante personas emocional y físicamente muy frágiles y una alta proporción presenta *delirium* o depresión en estos últimos períodos de vida.

Debe reconocerse que el consentimiento para la sedación paliativa/terminal puede obtenerse de forma delegada o quedar implícita en los valores y deseos que habitualmente ha manifestado el paciente a la familia o al equipo. Lo más importante, desde el punto de vista de las garantías éticas, es que el equipo haya explorado estos valores y deseos (primero con el paciente y/o con la familia) y que se hayan reflejado en la historia clínica, ya que es un documento legal.

Desde el punto de vista ético, la mejor forma de garantizar una buena toma de decisiones respecto a la sedación es que dicho proceso contemple los pasos que se enumeran a continuación, los cuales deben quedar consignados por escrito en la historia clínica:

- a. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos utilizados que califiquen a un síntoma como refractario. En caso de que algunos procedimientos no puedan o deban ser utilizados, ha de indicarse la razón de ello.
- b. Obtención del consentimiento. Se recomienda el uso de un documento específico, firmado por el paciente o la familia. En caso de no contarse con este, el hecho de que se registre en la historia clínica es requisito suficiente y necesario.
- c. Descripción, en la historia clínica, del proceso de ajuste de la sedación, con valoración de parámetros de respuesta, como el nivel de conciencia y ansiedad.

## **SEDACIÓN Y EUTANASIA**

Uno de los puntos cruciales en el debate ético sobre la sedación es que algunos han equiparado la sedación a la eutanasia, lo cual ha generado una gran controversia.

La distinción entre sedación y eutanasia recae esencialmente en los puntos siguientes:

- a. **Intencionalidad:** En la sedación, el médico prescribe fármacos sedantes con la intención de aliviar el sufrimiento del paciente frente a síntoma/s determinado/s. En la eutanasia el objetivo es provocar la muerte del paciente para liberarle de sus sufrimientos.

La sedación altera la conciencia del paciente con lo que se busca un estado de indiferencia frente al sufrimiento o amenaza que supone el síntoma. Cuando la sedación es profunda la vida consciente se pierde. La eutanasia elimina la vida física.

- b. **Proceso:** Este es un aspecto esencial, ya que permite diferenciar claramente entre eutanasia y sedación. Ambos procesos requieren el consentimiento del paciente.

En la sedación debe existir una indicación clara y constatada, los fármacos utilizados y las dosis se ajustan a la respuesta del paciente frente al sufrimiento que genera el síntoma, lo cual implica la evaluación de dicho proceso, tanto desde el punto de vista de la indicación como del tratamiento. Este proceso debe quedar registrado en la historia clínica del paciente. En la eutanasia se precisa de fármacos a dosis y/o combinaciones letales, que garanticen una muerte rápida.

- c. **Resultado:** En la sedación, el parámetro de éxito es el alivio del sufrimiento, lo cual debe y puede contrastarse mediante un sistema evaluativo. En la eutanasia, el parámetro de éxito es la muerte. Se ha objetado que la supervivencia es muy breve desde la indicación de una sedación terminal. Los trabajos disponibles muestran que no existen diferencias significativas en la supervivencia de los pacientes que precisaron ser sedados y de los que no requirieron sedación. La sedación terminal sugiere más un indicador de una muerte inminente, que la causa de una muerte prematura.

## **HIDRATACIÓN DURANTE LA SEDACIÓN**

En términos generales, la hidratación y la nutrición al final de la vida constituyen un motivo de debate y controversia en Cuidados Paliativos. La Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC) publicó una serie de recomendaciones de utilidad para

abordar este. Tal como se indica en las recomendaciones de la EAPC, uno de los factores clave es el pronóstico de vida del paciente. Actualmente se dispone de diversos modelos pronósticos que pueden ser útiles en la clínica diaria, aunque el pronóstico es un arte inexacto y sólo puede ser aproximativo.

En síntesis, las recomendaciones a este respecto son:

- a. En el paciente en que se ha indicado sedación y que no se halla en situación agónica, debe garantizarse la hidratación por vía parenteral (endovenosa o subcutánea).
- b. En el paciente en que se ha indicado la sedación en el contexto de la agonía, la hidratación parenteral es opcional. No obstante, se debe garantizar el aporte hídrico preciso para el control de algunos de los síntomas que pueden aparecer en este período, como la sequedad de boca, mediante la administración de pequeñas cantidades de líquido por vía oral.  
Debe tenerse en cuenta que no hay evidencia de que la sed y la boca seca, en estos pacientes, estén relacionados con la deshidratación. Por tanto, se recomienda valoración individualizada.

Se concluyó que la sedación en Cuidados Paliativos es una maniobra terapéutica destinada al alivio de síntomas refractarios que pueden aparecer en el contexto del enfermo que se halla al final de su vida y la sedación terminal, un procedimiento que puede estar indicado en 1 de cada 4 ó 5 pacientes en situación agónica. Las indicaciones más frecuentes son: *delirium*, disnea, dolor y distrés emocional, refractarios.

Cuando se indica la sedación, se recomienda constatar en la historia clínica los motivos, el proceso en la toma de decisiones (incluido el consentimiento) y la monitorización de los resultados. Ello constituye la mejor garantía ética y legal.

Ni la sedación paliativa ni la terminal son eutanasia encubierta. Las diferencias recaen tanto en el objetivo, la indicación, el procedimiento, el resultado y el respeto a las garantías éticas.

La hidratación parenteral de un paciente sedado sólo se contemplará si no está en situación agónica. En cualquier caso, la decisión ha de ser siempre individualizada, según las circunstancias del paciente y los deseos de la familia.

## **SUMMARY**

### **Terminal sedation, euthanasia and bioethics**

It has been observed that as a result of the world debate raised by Terry Schiavo's case about the ethics and lawfulness of the interruption of vital support measures in irrecoverable patients, topics related to euthanasia have been dealt with again. One of these topics is the utilization of sedation in palliative care and whether or not this measure could be considered as passive euthanasia. It is known that in palliative care the administration of sedatives per se is not an ethical problem if they are prescribed under the correct indications and with the patient's consent. The objective of this article was to clear up some aspects on this topic and their possible ethical application in palliative care. The bioethical analysis method was selected within the humanist trend.

To conclude, the point conditions in which the use of terminal sedation is ethically acceptable were presented.

*Key words:* Palliative care, sedation, euthanasia, bioethics.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos. 2005. <http://www.secpal.com/guiacp/index.php?acc=dos>
2. Roldan J. Ética Médica. Ed. Universidad La Salle. 1986.p.18.
3. Carta de los derechos Generales de los pacientes. México: CONAMED, 2001.
4. Ramsay M, Savege T, Simson BR. Controlled sedation with alphaxolone-alphadolone. *BMJ* 1974;2 (920):656-9.
5. Mount B. Morphine drips, terminal sedation, and slow euthanasia: definitions and facts, not anecdotes. *J Palliat Care* 1996;12(4):31-7. Viguria Arrieta JM, Rocafort Gil J, Eslava Gurrea E, Ortega Sobera M. Sedación con midazolam. Eficacia de un protocolo de tratamiento en pacientes terminales con síntomas no controlables con otros medios. *Med Pal* 2000;7:2-5
6. Ventafridda V, Ripamonti C, De Conno F, Tamburini M, Cassielth BR. Symptom prevalence and control during cancer patients' last days of life. *J Palliat Care* 1990;6:7-11. Stone P, Phillips C, Spruyt O, Waight C. A comparison of the use of sedatives in a hospital support team and in a hospice. *Palliat Med* 1997;11:140-4.
7. Ede S. Artificial hydration and nutrition at the end of life. *Eur J Palliat Care* 2000;7:210-12.
8. Amadori D, Bruera E, Cozzaglio L. Guidelines on artificial nutrition versus hydration in terminal cancer patients. *Nutrition* 1996;12:163-7.
9. Porta J, Palomar, March J. Parámetros biológicos y supervivencia en pacientes con neoplasias en situación avanzada y terminal. *Med Pal* 1994;1(2):31-7.
10. Ellershaw J, Sutcliffe J, Saunders C. Dehydration and the dying patient. *J Pain Symptom Manage* 1995;10:192-7.

Recibido: 17 de octubre de 2005. Aprobado: 6 de diciembre de 2005.

Dra. *Ma. De la Luz Casas Martínez*. Escuela de Medicina. Universidad Panamericana. Donatello 59 Insurgentes Mixcoac. C.P. 03920 México D.F. Correo electrónico: [mcasas@mx.up.mx](mailto:mcasas@mx.up.mx)

<sup>1</sup>Doctora en Ciencias. Jefe del Departamento de Bioética. Escuela de Medicina. Universidad Panamericana.