

ARTÍCULO DE REVISIÓN

El principio del doble efecto en la sedación a pacientes terminales

The principle of double effect on sedation of terminally ill patients

Dr C. Ricardo Hodelín Tablada

Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Entre los 5 principios éticos en medicina paliativa, el del doble efecto o de razonamiento práctico no solo sirve para determinar la licitud o ilicitud de una acción y puede producir 2 efectos: uno bueno y otro malo, sino que es posible aplicarlo en los pacientes terminales, quienes suelen presentar dolor intenso, dificultad para respirar u otros síntomas que requieran la utilización de drogas como la morfina -- cuyo efecto podría generar hipotensión arterial o depresión respiratoria -- u otros fármacos que reducen el grado de vigilia o incluso privan al enfermo de su conciencia. En este artículo se revisa detenidamente el tema y el autor expone sus criterios al respecto. Se concluye que es ético sedar al paciente solo cuando el dolor ha sido refractario al tratamiento recomendado, que incluye diferentes terapéuticas neuroquirúrgicas. No se considera aceptable administrar morfina como intento primordial de lograr la muerte. El principio del doble efecto deviene un mal inevitable provocado por la prosecución impostergable de un bien. Este principio permite realizar una acción moralmente legítima, aun cuando de ella puedan derivarse efectos indeseables.

Palabras clave: paciente terminal, bioética, cuidado paliativo, eutanasia, limitación del esfuerzo terapéutico, principio del doble efecto, sedación.

ABSTRACT

Among the 5 ethical principles in palliative medicine, that of the double effect or of practical reasoning is not only used to determine the licitness or illicitness of an action and can produce two effects: a good one and a bad one, but also it can be applied in terminally ill patients who usually have a severe pain, respiratory distress or other symptoms that require the use of drugs, such as morphine, which effect could lead to hypotension or respiratory depression, or other drugs that reduce the level of wakefulness or even deprive the patient of his consciousness. This paper carefully reviews the subject and the author presents his views on the matter. It is concluded that sedation of the patient is ethical only when the pain has been refractory to the treatment recommended, including different neurosurgical treatments. It is not considered acceptable to administer morphine as primary attempt to achieve death. The principle of double effect becomes unavoidable evil caused by the urgent pursuit of a good. This principle allows to perform a morally legitimate action, even when undesirable effects can be derived from it.

Key words: terminally ill patient, bioethics, palliative care, euthanasia, limitation of the therapeutic effort, principle of double effect, sedation.

INTRODUCCIÓN

Entre los 5 principios éticos en medicina paliativa, el del doble efecto o de razonamiento práctico no solo sirve para determinar la licitud o ilicitud de una acción y puede producir 2 efectos: uno bueno y otro malo, sino que es posible aplicarlo en los pacientes terminales.¹

Resulta frecuente que los enfermos terminales presenten dolor intenso, dificultad para respirar o síntomas como ansiedad, agitación, confusión mental, entre otros. Para la atención de estos muchas veces es necesario utilizar drogas como la morfina -- que pueden producir hipotensión arterial o una depresión respiratoria--, u otros fármacos que reducen el grado de vigilia o incluso privan al paciente de su conciencia. Como defienden Taboada *et al*¹ no es infrecuente que el uso de este tipo de terapias genere dudas en la familia, el equipo de salud, o en ambos. Se teme incluso que los efectos negativos de estas intervenciones médicas puedan implicar una forma de eutanasia.

En este contexto, el presente artículo tiene como objetivo revisar el principio del doble efecto en la sedación a pacientes terminales, con la propuesta de aproximarse al tema, debatir sobre los conceptos relacionados, según la opinión de diferentes investigadores, y establecer criterios propios basados en la experiencia de estudio en pacientes con alteraciones de la conciencia, así como reseñar en qué punto del debate se encuentran los diferentes autores que se han referido al tema. Se trata de favorecer la polémica y el intercambio científico sobre un tema que, a pesar de todo lo que se ha publicado al respecto, continúa siendo controversial.

EN BÚSQUEDA DE LAS DEFINICIONES

Para avanzar en el tema es necesario ir hacia la búsqueda de definiciones que permitan esclarecerlo. En el Manual de Ética del *American College of Physicians*, citado por Martínez Gómez *et al*,² se define que los pacientes con enfermedad terminal son aquellos cuya condición se considera irreversible, independientemente que reciban tratamiento y que probablemente fallezcan en un periodo de 3 a 6 meses. Los recursos que requieren estos afectados suelen ser de tratamiento paliativo, e incluyen los necesarios para aliviar el dolor y brindarles apoyo social y psicológico.

Según la Guía de Cuidados Paliativos, publicada por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPA), en la situación de enfermedad terminal concurren una serie de características que son importantes no solo para definirla, sino también para establecer adecuadamente la terapéutica. Los elementos fundamentales son:³

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 el paciente, la familia y el equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
5. Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

Esta misma organización (SECPA) recientemente ha considerado la enfermedad terminal como avanzada en fase evolutiva e irreversible, con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de autonomía, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva.⁴ Amor Pan⁵ refiere que el paciente terminal es una persona que franquea la última etapa de la condición humana, en la cual la vida le ofrece una última oportunidad de

integrar todas las dimensiones de su existencia y de volverse más humano. Su problema, ante todo, es existencial, pues la afección provoca en él una ruptura interna y externa, y se ve a sí mismo como una persona deteriorada, reducida, en un camino conclusivo.

La profesora Bertha Serret⁶ -- destacada bioeticista cubana-- cuestionó la utilización del término "enfermo terminal" por la connotación que ello puede tener para la propia actuación médica ante tales pacientes y propuso el de "síndrome terminal de enfermedad", el cual es definido como el estado clínico que provoca expectativa de muerte en breve plazo. Este se presenta como el proceso evolutivo final de un grupo de enfermedades.

Al respecto, los criterios clínicos del síndrome terminal de enfermedad, propuestos por Serret, son los siguientes:⁶

- Enfermedad causal de evolución progresiva
- Pronóstico de supervivencia inferior a un mes
- Estado general grave
- Insuficiencia de órgano único o múltiple
- Ineficiencia comprobada de los tratamientos
- Ausencia de otros tratamientos alternativos

Por otra parte, en relación con el principio del doble efecto, en 1952 el penalista español Cuello Calón⁷ acuñó el término eutanasia lenitiva para referirse al hecho de suprimir o aliviar el dolor provocado por la enfermedad, con el uso de medios que, a la vez que alivian, acortan la vida. Este autor señala que la lengua alemana aportó la terminología *Sterbehilfe* o ayuda a morir, por el doble efecto de este tratamiento terapéutico.

Hechas las consideraciones anteriores, resulta interesante que el bioeticista cubano Torres Acosta⁸ en su "Glosario de bioética" distinga entre el principio del doble efecto y la doctrina del mismo nombre; en el primero -- también conocido como principio de voluntario indirecto-- se reconoce que las acciones de uno pueden tener efectos múltiples y que el propósito principal de un acto es decisivo. Cuando de una acción bien intencionada se ocasiona simultáneamente un bien y un mal, en caso de que ineludiblemente deba tomarse una decisión que tenga como consecuencia 2 males, hay que escoger el menor de ellos. Por su parte, la doctrina del doble efecto constituye la teoría según la cual una acción que ocasiona un efecto malo (por ejemplo, la muerte) puede ser moralmente aceptable siempre que de ella resulte un efecto bueno proporcional (alivio del dolor o sufrimiento intolerable). El mal no es intencional, el efecto malo no es un medio para llegar al bien, la acción no es intrínsecamente mala y hay una proporción o saldo a favor del efecto bueno. La doctrina del doble efecto justifica un mal inevitable producido por la prosecución impostergable de un bien.

Miranda Montecinos,⁹ por su parte, no realiza tal distinción y considera que principio, doctrina, regla o razonamiento del doble efecto pueden denominarse igual y constituyen el principio de razonamiento práctico que sirve para determinar la licitud o ilicitud de una acción que produce, o puede producir, 2 efectos, de los cuales uno es bueno y el otro, malo. Es justo aclarar que si bien se señalan 2 consecuencias, en realidad es un modo de simplificación, pero en la práctica puede tratarse de uno, 2 o más efectos buenos y uno, 2 o más efectos malos.

Sobre la sedación hay que señalar que tiene diversas acepciones en función de las variadas situaciones en que se aplica y en todas ellas se combina el objetivo fundamental de controlar algunos síntomas, con una posible disminución de la conciencia en situaciones de agonía. Entre las situaciones que requieren sedación con más frecuencia puede citarse el tratamiento de algunos problemas refractarios, generalmente en fase agónica: ansiedad

extrema, delirium, confusión, hemorragia masiva, disnea; y consiste en la disminución deliberada de la conciencia con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible. En general, se trata de una medida gradual, susceptible de tomarse con la participación del enfermo o, en su defecto, de los familiares y que puede llegar a la sedación completa e irreversible, la cual también puede ser la consecuencia (doble efecto) de la analgesia.⁴

La clásica formulación del principio del doble efecto es obra del teólogo moralista Jean-Pierre Gury, señalado por Miranda Montecinos,⁹ expuesta en la primera edición de su *Compendium theolo-giae moralis*, en los siguientes términos: "Es lícito poner una causa dirigida a un efecto malo cuando se cumplen las siguientes condiciones, a saber: 1. Que el fin del agente sea honesto, 2. que la causa sea en sí misma buena o al menos indiferente, 3. que el efecto bueno se siga de la causa (al menos) con igual inmediatez que el malo, 4. que el efecto bueno al menos compense al malo."

A partir de lo anterior, actualmente se han destacado las siguientes condiciones propicias para que un acto con 2 efectos -- uno bueno y uno malo-- sea lícito:⁴

- Que la acción sea en sí misma buena o, al menos, indiferente.
- Que el efecto malo previsible no sea directamente querido, sino solo tolerado.
- Que el efecto bueno no dependa del malo, como en su causa inmediata y necesaria.
- Que el bien buscado sea proporcionado al eventual daño producido.

Si se aplican estos requisitos al tratamiento analgésico con drogas como la morfina, debe analizarse si el propósito directo es aliviar el dolor (efecto bueno) y si ya se han empleado todas las alternativas terapéuticas que carecen de los efectos negativos mencionados; entonces no habría inconvenientes éticos en administrarlas, puesto que las 4 condiciones del "voluntario indirecto" se cumplen: se trata de una acción buena (analgesia), cuyo efecto positivo no es consecuencia de los efectos negativos que solo son tolerados cuando no hay otras opciones eficaces de tratamiento. En estas condiciones, dicha forma de terapia representa, por tanto, el mayor bien posible para ese paciente.

Ahora bien, hay que detenerse y determinar lo expuesto anteriormente, porque como se ha señalado es necesario agotar otras terapias para el tratamiento del dolor. El autor de este trabajo¹⁰⁻¹² ha atendido a pacientes con dolor por cáncer que han evolucionado al estado vegetativo persistente, en los cuales se pueden usar múltiples técnicas de tratamiento, muchas de ellas, incluso, neuroquirúrgicas, que no son invalidantes y alivian el dolor, como la cordotomía, la mielotomía comisural, la estimulación eléctrica transcutánea y la talamotomía a través de la estereotaxia. Estos procedimientos actúan sobre las diferentes vías de integración del dolor. Así pues, se puede defender el criterio de que si no se han agotado todas las terapéuticas posibles, entonces no es ético plantear en estos casos el principio del doble efecto, debido a los propios resultados negativos que conlleva, los cuales pudieran evitarse si se utilizan las técnicas mencionadas previamente.

En relación con la supresión de la conciencia, que es necesaria a veces en caso de pacientes muy agitados, se aplica el mismo principio. Dado que las facultades superiores se consideran un bien objetivo de la persona, no es lícito privar a nadie de su conciencia sin una razón justificada. Para que sea moralmente lícita, esta privación de conciencia tiene que subordinarse a un motivo terapéutico proporcionado y no debe ser directamente querida, sino solamente tolerada.

Se considera que un elemento básico antes de aplicar estas drogas y pensar en el principio del doble efecto consiste en establecer previamente el consentimiento

informado --aspecto referido en otro artículo del autor--.¹³ Si el afectado está en una Unidad de Cuidados Paliativos y se conoce que en algún momento de su evolución va a ser necesario aplicar la morfina, es mejor explicarle el consentimiento informado si este aún tiene toda su conciencia y puede evaluar adecuadamente lo que se le propone. Así, a través de la autonomía, el paciente puede decidir y, dado el momento, el equipo médico discutirá con la familia la aplicación de un proceder que el propio paciente había aceptado anteriormente. En consecuencia se estaría aplicando una buena práctica médica.

Muy estrechamente vinculado con lo anterior, deben tenerse presente los principios generales de control de síntomas, los que han sido sistematizados para su estudio en:⁴

1. Evaluar antes de tratar: Se procura evitar que se atribuyan los síntomas solo al hecho de tener el cáncer y preguntarse el mecanismo fisiopatológico concreto (por ejemplo, disnea por infiltración del parénquima o derrame pleural (o ambos), o anemia, entre otros). Además de la causa, debe evaluarse la intensidad, el impacto físico y emocional, así como los factores que provoquen o aumenten cada síntoma, pues debe recordarse que cada enfermo es un ser biopsicosocial diferente.
2. Explicar las causas de estos síntomas las medidas terapéuticas a aplicar en términos que el paciente pueda comprender. Esto se relaciona con el principio del consentimiento informado referido anteriormente. No debe olvidarse que el enfermo está preocupado y quiere saber por qué tiene los síntomas. Exponer, asimismo, la causa del cuadro clínico y la estrategia terapéutica a la familia, que junto al equipo médico desempeñan una función fundamental en el tratamiento del afectado.
3. La estrategia terapéutica a aplicar siempre será mixta, general de la situación de enfermedad terminal y específica para cada síntoma, que comprende a su vez medidas farmacológicas y no farmacológicas, como las técnicas neuroquirúrgicas comentadas. Además, deben fijarse los plazos para conseguir los objetivos y contemplar la prevención de nuevos síntomas o situaciones que puedan aparecer.
4. Monitorización de los síntomas mediante el uso de instrumentos de medida estandarizados (escalas de puntuación o analógicas). En el caso de las alteraciones de conciencia debe usarse la conocida escala de coma de Glasgow, además de esquemas de registro adecuados (esquema corporal del dolor y tablas de síntomas). La correcta monitorización ayudará a clarificar los objetivos, sistematizar el seguimiento, y mejorar el trabajo al poder comparar los resultados. Requerirá la validación previa por el equipo del instrumento de medida.
5. Atención a los detalles para optimizar el grado de control de los síntomas y minimizar los efectos secundarios adversos de las medidas terapéuticas que se aplican. Actitudes y conductas adecuadas por parte del equipo (escucha, risa, terapia ocupacional, contacto físico y todo lo relacionado con la empatía), contribuyen no solo a disminuir la sensación de abandono e impotencia del paciente, sino que además elevan el umbral de percepción del dolor por parte de este.

La rigurosidad y minuciosidad de la actuación médica tendrá una traducción clínica evidente en los pacientes sobre su nivel de *confort*, por lo que es necesario conjuntar una gran experiencia clínica en la atención a estos con un alto grado de sentido común al tomar decisiones, con la consecuente detención de aquellas medidas de diagnóstico que no vayan a alterar notablemente la estrategia, y el no retraso del tratamiento por el hecho de no disponerlas. Es imprescindible que el equipo terapéutico completo elabore,

asuma, practique y evalúe los objetivos terapéuticos en cada síntoma, especialmente en el caso del dolor.

ANÁLISIS DESDE LOS PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA Y SU RELACIÓN CON LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO

La decisión de limitar algún procedimiento de soporte vital no quiere decir que el esfuerzo terapéutico finalice. En este contexto los cuidados paliativos pasan a una primera línea asistencial donde la sedación, la analgesia y el apoyo psicológico son soportes imprescindibles y de gran responsabilidad. Conforme señala Betancourt,¹⁴ la limitación del inicio de determinadas medidas de soporte vital, se refiere a la toma de decisiones de no emplear determinados procedimientos o terapéuticas específicas en un paciente que irremediablemente va a fallecer. Por supuesto que no se trata de la omisión deliberada de un cuidado debido y necesario para la curación o supervivencia del enfermo, sino de no comenzar un tratamiento cuando carezca de sentido, según los criterios médicos actualizados.

En este sentido el principio del doble efecto no se relaciona con la limitación del esfuerzo terapéutico, sino que trata de dilucidar adecuadamente los efectos negativos y positivos que puede tener una determinada terapéutica, como es el caso de la sedación en pacientes terminales y, en consecuencia, el uso correcto de la droga. Por su parte, la limitación del esfuerzo terapéutico como práctica médica, significa a su vez la redefinición de las necesidades y estrategias de cuidado del enfermo. Se desarrolla en estrecho contacto con la medicina paliativa, que permitirá establecer no cuidados mínimos, sino en verdad cuidados de excelencia.

Se concuerda con Barbero *et al*¹⁵ en que se suele preguntar sobre la limitación del esfuerzo terapéutico cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios que se van a usar, y se plantea la indicación técnica y, por tanto, la justificación ética de alguna medida ante la situación del paciente. En ocasiones la desproporción puede ser percibida por el mismo paciente o la familia y el conflicto seguirá presente. La situación problemática se agudiza cuando, en el ámbito de las técnicas de soporte vital, lo que se consigue con la limitación del esfuerzo terapéutico es un resultado de muerte, sea a corto o mediano plazo, sea causa inmediata o de la propia decisión.

A continuación se ofrece un análisis desde los principios de la bioética, fundamentalmente el principio de no maleficencia: la contraindicación, que será el utilizado por el médico en su toma de decisiones sobre la limitación del esfuerzo terapéutico. El facultativo en inicio no puede orientar procedimientos que sean claramente maleficentes, es decir, que estén claramente contraindicados, ni siquiera con el consentimiento del paciente. Debe recordarse que no todo lo técnicamente posible es éticamente bueno. El médico tiene que poner los medios indicados (con consentimiento del paciente) y no los contraindicados y pueden surgir las dudas acerca de los tratamientos que se encuentran en el umbral de la no indicación, pero que no están contraindicados para esta situación.

Respecto al principio de la justicia, los esfuerzos terapéuticos también podrán ser limitados si hay que racionar recursos escasos, aunque el paciente los solicite y no estén contraindicados.¹⁶ En el terreno de lo privado rige fundamentalmente la justicia conmutativa y en el de lo público, las caracterizaciones principales de la justicia son: la distributiva y la social. No se puede exigir al sistema público que provea o financie un tratamiento no indicado y caro, o escaso, ni siquiera cuando esté exigido por el paciente. El principio de autonomía --que será analizado a continuación-- ha de quedar regulado desde esta perspectiva por el de justicia. En sentido estricto, el racionamiento de la asistencia

sanitaria consiste en la restricción, por medio de políticas sanitarias, de prestaciones, que si bien son potencialmente beneficiosas, tienen que restringirse porque los recursos disponibles son limitados.

Desde los principios de autonomía (renuncia por parte del paciente) y de beneficencia (la obligación de hacer el bien al paciente por su concepto de lo que es beneficioso para él), como regla general, se puede afirmar, que moralmente, en el ámbito del paciente competente, un tratamiento no debe administrarse sin el consentimiento informado y voluntario del paciente. De aquí que --como se afirmara anteriormente-- es necesario establecer el consentimiento informado al ingreso del paciente, para que quede clara la posibilidad del empleo de drogas con doble efecto, si fuera necesario en otro momento de la evolución. El médico debe usar su conocimiento, experiencia y entrenamiento, para determinar el diagnóstico y pronóstico del afectado y las diferentes posibles alternativas de tratamiento, con la valoración de los riesgos y beneficios de cada uno, todo lo cual debe comunicarse inicialmente al enfermo.

Acerca de la eutanasia y la posición de algunos autores

En Cuba se han defendido varias tendencias bioéticas que pueden revisarse en el excelente texto de José Ramón Acosta Sarrago¹⁷ "Los árboles y el bosque. Texto y contexto bioético cubano" y en los estudios sobre el tema de otros autores^{14,18,19} durante los últimos años. Hoy se acepta que la medicina paliativa permite establecer no cuidados mínimos, sino en verdad cuidados de excelencia, opuestos por supuesto a la eutanasia.¹⁴ Ponce Zerquera *et al*²⁰ han distinguido con acierto que si bien en Cuba la eutanasia es considerada como un delito de homicidio, debe evitarse también el otro extremo: la distanasia. La eutanasia en el fondo es un fenómeno análogo al ensañamiento terapéutico o distanasia; este último, al igual que la eutanasia, debería ser penalizado por la ley.

La respuesta a la desesperación de quien reclama la muerte no puede ser la eutanasia, el suicidio asistido o el derecho a morir, sino la solidaridad, el respeto a la dignidad, el humanismo, los principios sagrados de hacer el bien y no el mal, con el empleo de tratamientos adecuados y proporcionados a su situación clínica real, que le permita tener una muerte digna y tranquila a aquellos pacientes que han de fallecer. Betancourt¹⁴ refiere que la respuesta profesional y científica a las necesidades del enfermo en fase terminal, se encuentra en los cuidados paliativos.

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud, citado por Armas Castro *et al*,²¹ "los cuidados paliativos pretenden ocuparse activamente de los pacientes cuyas enfermedades no responden a tratamientos curativos. Resulta en estos casos fundamental el control del dolor, de otros síntomas y de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo es alcanzar la mejor calidad de vida para el enfermo y para su familia (...) para conseguir que estos enfermos vivan con plenitud sus últimos meses o días y tengan una buena muerte".²¹

Martínez Gómez *et al*² consideran que la validez de la sedación analgésica para el dolor en casos desesperados se deduce del conocimiento y la aceptación del principio del doble efecto, que distingue entre el "intento terapéutico primario de aliviar el sufrimiento" o "buena acción", y la "consecuencia inevitable de ese intento de posibilitar o acelerar la muerte" o "mala acción". Para estos autores el principio del doble efecto es utilizado para argumentar propuestas de solución al conflicto entre el valor absoluto de la vida humana y la petición del derecho a la muerte digna. Con este principio se justifica la llamada "eutanasia pasiva" o "adistanasia" por quienes defienden el derecho a morir en paz. También es utilizado para justificar algunas formas de eutanasia activa indirecta, como es el

caso de la aplicación de elevadas dosis de analgésicos para aliviar el dolor de enfermos terminales, que como efecto secundario acortan el periodo que les queda de vida.

Para estos autores² las modalidades de eutanasia permiten lograr la "ortotanasia" o "situación ideal en que se respetan y realizan los 2 valores señalados" (el respeto al valor absoluto de la vida humana y el derecho a morir dignamente), evitando los extremos: la eutanasia directa y la distanasia. Sin embargo, con este principio es imposible justificar moralmente la eutanasia activa directa. Las justificaciones a esta forma de practicar la eutanasia se fundamentan en nuevos principios que, a raíz del desarrollo de la bioética, norman desde el punto de vista ético la actividad de los galenos en la atención sanitaria. El desarrollo de la bioética llevó a la creación de un método para ayudar a tomar decisiones médicas, al procurar que estas ganaran en calidad y precisión, para lo cual se comenzó a exigir que se tuvieran en cuenta los valores de los implicados en este tipo de decisiones: el médico, el paciente, la familia y la sociedad. Este método se conoce como principalismo, pero no es objetivo en este artículo, por lo que no será desarrollado.

Por otra parte, González y Rosales²² sostienen un interesante debate que se mueve entre 2 grupos y por un lado están quienes se encuentran en el entorno distanásico de la medicina actual, los cuales argumentan la restricción al ámbito de la aceptación individual, el problema de mantener la vida o no. La petición en este caso del cese de las medidas intensivas, en especial aquellas extraordinarias para sostener la vida, la necesidad de conocer y disponer sobre los tratamientos a que será sometido y, en particular, el deseo de que se le ponga fin a los sufrimientos físicos y morales por medio de procedimientos que afecten directa o indirectamente la vida, son una de las demandas más urgentes.

Para los que distinguen la muerte con dignidad de este modo, el derecho a la vida -- en tanto garantía y obligación del Estado-- es un auténtico derecho subjetivo, cuya titularidad se le atribuye a las personas por la sola razón de serlo; derecho subjetivo que implica la configuración de un derecho de ejercicio libre, cuyo contenido es precisamente vivir o morir, y que encuentra límites, justamente, en la medida que afecte o suponga daños para otras personas, como cualquiera de los demás derechos fundamentales. Por otro lado, radica el grupo de los que se niegan a conceder validez a tales planteamientos, alegan que la vida es el mayor de los bienes jurídicamente protegidos, y que todo acto que la lesione o ponga en peligro es antijurídico, y resuelven que legitimar cualquier acto conducente a tal cosa sería legalizar una conducta que erosionaría el derecho fundamental a la vida. El autor de esta revisión apoya los planteamientos de este grupo, pues el personal médico y paramédico no puede poner fin a una vida aunque sea por la libre petición del enfermo.

En España, Amor Pan⁵ ha señalado que la práctica habitual es distinguir entre la eutanasia activa y la pasiva. En el primer caso se pone de manifiesto una acción positiva con la que se pretende quitar la vida al paciente, mientras que en el segundo se omite una acción, por tratarse de un recurso desproporcionado, que nada más podría prolongar el proceso de muerte irreversible que ya se ha iniciado. Igualmente, y fundándose en el principio del doble efecto, la moral distinguió en la eutanasia activa 2 subtipos: la directa, cuando se pone una acción que sirve única y exclusivamente para quitar la vida del enfermo y esa es la intencionalidad explícitamente buscada, por ejemplo, una sobredosis de morfina; y la indirecta, referida especialmente a la administración de ciertos calmantes, con los que se pretende paliar los dolores del enfermo, pero que podrían también abreviar su existencia (como son los derivados de la morfina que inducen a depresión cardiorrespiratoria).

Con referencia a lo anterior, el autor del presente trabajo considera que si bien la mayor controversia estaría en relación con la eutanasia activa directa, en la búsqueda de un término que sea entendible por la población general, lo más correcto sería reservar la

palabra eutanasia para indicar exclusivamente la acción médica que tiene por objetivo acabar con la vida de un enfermo terminal o de una persona en situación irreversible de máxima dependencia (lo que le provoca un gran sufrimiento), que así lo solicita de forma reiterada.

Otro aspecto interesante que debe tenerse presente es lo que ha sido denominado cóctel lítico.⁴ También llamado como cacotanasia o eutanasia involuntaria y se refiere a la administración de fármacos, generalmente por vía endovenosa, con el objetivo común de abolir la conciencia y acortar la vida, llevado a cabo de manera brusca y no gradual, generalmente sin participación del enfermo, a petición de la familia o por decisión del equipo terapéutico. También se considera, por un gran número de médicos (incluido el autor), incorrecta la práctica del cóctel lítico; esta praxis nos muestra cierta incapacidad de los equipos médicos para resolver los problemas habituales de control de síntomas e impacto emocional en pacientes y familiares. Desde el punto de vista ético la sedación terminal se distingue del cóctel lítico en que su intencionalidad es la de controlar los síntomas, su gradualidad y la participación del enfermo y la familia.

CONCLUSIONES

Después del análisis de este polémico tema, se considera que es frecuente que los enfermos terminales presenten dolor intenso, dificultad para respirar o síntomas como ansiedad, agitación, confusión mental, entre otros; y para controlarlos muchas veces es necesario utilizar drogas como la morfina -- que pueden producir una baja en la presión arterial o una depresión respiratoria-- u otros fármacos que reducen el grado de vigilia o, incluso, privan al paciente de su conciencia. Debe defenderse que es ético sedar al paciente solo cuando el dolor ha sido refractario al tratamiento recomendado, que incluye las terapéuticas neuroquirúrgicas.

Se considera apropiado administrar morfina al enfermo terminal para aliviar el dolor o la dificultad respiratoria, aunque el efecto secundario sea paralizar la respiración o la aceleración de la muerte, en tanto la acción no sea mala y la intención primordial sea buena (aliviar los síntomas, reconfortar al paciente), y el efecto bueno no sea ocasionado por el malo y exista una proporción o un saldo a favor del resultado bueno. No se considera aceptable administrar morfina para intentar primordialmente la muerte. El principio del doble efecto excusa un mal inevitable producido por la prosecución impostergable de un bien y permite realizar una acción moralmente legítima, aún cuando de ella puedan surgir consecuencias indeseables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Taboada P, Rodríguez Ugarte A, Vercellino M. Dimensión ética del morir. Rev Ars Médica 2008; 2 (2):156- 62.
2. Martínez Gómez J, Delgado Blanco A, Obregón Hernández M. La eutanasia. El problema de la fundamentación ético-jurídica. Sancti Spíritus: Ediciones Luminaria; 2003:27-9.
3. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de Cuidados Paliativos. [citado 18 Mar 2012]. Disponible en: <http://www.secpal.com/guiacp/>
4. Organización Médica Colegial y Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Declaración sobre la atención médica al final de la vida. Madrid, 11 de enero de 2012 [citado: 17 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/secpal1.html>

5. Amor Pan JR. Introducción a la bioética. Madrid: Editorial PPC; 2005. p. 202-3.
6. Serret Rodríguez B. La atención al paciente terminal. En: Acosta Sariego JR. Bioética desde una perspectiva cubana. 3 ed. La Habana: Centro Félix Varela; 2007. p. 158-64.
7. Cuello Calón E. El problema jurídico penal de la eutanasia. Madrid: Editorial Lex; 1952. p. 51-3.
8. Torres Acosta R. Glosario de Bioética. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011. p. 56-7.
9. Miranda Montecinos A. El principio del doble efecto y su relevancia en el razonamiento jurídico. Rev Chil Derecho. 2008 [citado 18 Mar 2012];35(3):485-519. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-34372008000300005&script=sci_arttext
10. Hodelín Tablada R. Del estado vegetativo persistente al estado de mínima conciencia. Presentación de una casuística. Revista de Ciencias Médicas de Cienfuegos. MEDISUR 2010; 8(1 Supl). [citado: 19 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1800/180020088010.pdf>
11. Hodelín Tablada R Caracterización de la muerte encefálica y el estado vegetativo persistente. Boletín Científico CNSSC (Consejo Nacional Sociedades Científicas de la Salud). 2011; 3 [citado 19 Mar 2012]. Disponible en: <http://files.sld.cu/boletincnscs/files/2011/09/dr-ricardo-hodelin-bol3.pdf>
12. Hodelín Tablada R, Machado Curbelo C. Estado vegetativo persistente. Un nuevo reto para las neurociencias contemporáneas. Rev Cubana Neurol Neurocir. 2011 [citado 19 Mar 2012]; 1(1):44-51. Disponible en: http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/viewFile/9/52_2011
13. Hodelín Tablada R, Fuentes Pelier D. Apuntes en la discusión sobre el consentimiento informado. MEDISAN. 2011 [citado: 19 Mar 2012]; 15(3):290-3. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_15_3_11/san03311.pdf
14. Betancourt Betancourt GS. Limitación del esfuerzo terapéutico vs. eutanasia: una reflexión bioética. Humanidades Médicas. 2011 [citado 19 Mar 2012]; 11(2):259-72. Disponible en: <http://www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/33/39>
15. Barbero J, Romeo Casabona C, Gijón P, Júdez J. Limitación del esfuerzo terapéutico. En: Gracia D, Júdez J. Ética en la práctica clínica. Madrid: Editorial Triacastela; 2004:161-82.
16. Williams A. Eficiencia en la atención sanitaria y libertad clínica. Labor Hospitalaria 2009;(233-234):170-4.
17. Acosta Sariego JR. Los árboles y el bosque. Texto y contexto bioético cubano. La Habana: Centro Félix Varela; 2009.p. 259-96.

18. Creagh Peña M. Dilema ético de la eutanasia. Rev Cubana Salud Pública. 2012 [citado 19 Mar 2012]; 38(1). Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol38-1-12/spu14112.htm>
19. Collado Madurga AM, Piñón Gámez A, Odales Ibarra R, Acosta Quintana L, Serra Larin S. Eutanasia y valor absoluto de la vida. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2011 [citado 19 Mar 2012]; 49(3). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?arttext1561-30032011000300012>
20. Ponce Zerquera F, Suárez Mella R. Estado actual y perspectivas de las nueva deontología médica cubana. En: Acosta Sariago JR. Bioética desde una perspectiva cubana. 3 ed. La Habana: Centro Félix Varela; 2007:192-6.
21. Arrnas Castro J, Ángell Valdés S, Rondín Hernández L. La atención integral al paciente en estado terminal en el nivel primario de atención médica. Archivos de Medicina. 2008 [citado 19 Mar 2012]. Disponible en: <http://pdf.edocr.com/6ea34e17389efbbb31228af7b511d818ee8e527a.pdf>
22. González RF, Rosales Vicente E. El derecho a morir con dignidad y la eutanasia desde una perspectiva cubana. Guantánamo: Editorial El Mar y la Montaña; 2003:36-7.

Recibido: 17 de abril de 2012

Aprobado: 29 de abril de 2012

Ricardo Hodelín Tablada. Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", avenida de los Libertadores s/n, entre calles 4ta y 6ta, reparto Sueño, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: rht@medired.scu.sld.cu