

Molina, José

*La sedación paliativa ante síntomas refractarios.
Revisión de datos bibliográficos*

Vida y Ética Año 9, N° 1, junio 2008

Este documento está disponible en la Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central "San Benito Abad". Su objetivo es difundir y preservar la producción intelectual de la Institución.

La Biblioteca posee la autorización del autor para su divulgación en línea.

Cómo citar el documento:

Molina, José. "La sedación paliativa ante síntomas refractarios : revisión de datos bibliográficos" [en línea]. *Vida y Ética*, 9.1 (2008). Disponible en:
<http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/sedacion-paliativa-sintomas-refractarios-molina.pdf> [Fecha de consulta:.....]

LA SEDACIÓN PALIATIVA ANTE SÍNTOMAS REFRACTARIOS

Revisión de datos bibliográficos

Hno. José Molina S.J.

- Médico Cirujano (Universidad Nacional del Nordeste)
- Magister en Ética Biomédica (Pontificia Universidad Católica Argentina)

Palabras clave

- Sedación paliativa
- Cuidados paliativos
- Eutanasia
- Fin de la vida

RESUMEN

La sedación paliativa profunda, indicada por un equipo de Cuidados Paliativos, sólo puede ser propuesta como último recurso, ante la presencia de síntomas refractarios. El objetivo principal de la sedación paliativa es en último caso, el alivio del distrés mental generado por los síntomas de la enfermedad.

La sedación paliativa no es una eutanasia encubierta, puesto que las diferencias recaen tanto en la indicación, el procedimiento, el resultado. En la sedación, el profesional indica drogas para sedar al paciente con la intención de aliviar el sufrimiento del enfermo frente a determinados síntomas. En la eutanasia, el objetivo es provocar la muerte del enfermo para liberarlo de los sufrimientos. Cuando la sedación es profunda se pierde la vida conciente, mientras que la eutanasia elimina la vida física.

INTRODUCCIÓN

El debate mundial que se ha dado y se sigue dando en el ámbito de los cuidados a los enfermos terminales durante los últimos años acerca de la eticidad y licitud de la interrupción de las medidas de soporte vital en estos pacientes, permitió volver a mencionar aquellos temas relacionados con la eutanasia; entre éstos se encuentra la utilización de la sedación paliativa.

La sedación paliativa profunda de los pacientes terminales es un objeto de discusión actualmente y se ve reflejado en distintas publicaciones sobre cuidados paliativos.

Como se sabe, la Bioética del final de la vida tiene como objetivo, en lo que respecta a la relación asistencial con el enfermo terminal cualquiera sea su patología, la búsqueda de soluciones concretas a casos clínicos concretos, siempre que se originen conflictos. Es decir, la Bioética entrará en acción cuando aparezca la posibilidad de elegir entre varias opciones, que a veces son completamente contradictorias. Por lo tanto, el dilema bioético consistirá en discernir la forma más adecuada para tomar la mejor decisión y asegurar una praxis correcta.

Los dilemas bioéticos más habituales en los cuidados paliativos recaen sobre el tema de la toma de decisiones, aspectos de comunicación e información, voluntades anticipadas o consentimiento informado, nutrición e hidratación al final de la vida. La sedación paliativa profunda y continua constituye un dilema por estar equiparado con la eutanasia; dicha equiparación podría ser falsa o verdadera, esto dependerá de la intención y de las consecuencias con que se realice el acto de sedar y, por ende, de la concepción antropológica de persona que se tenga.

En los cuidados paliativos, la administración de fármacos sedantes no supone un problema ético cuando éstos son administrados correctamente y con el consentimiento de la persona enferma, pero en aquellas situaciones en que aparecen síntomas refractarios a los tratamientos habituales y/o problemas psicológicos en los que cabe contemplar la sedación paliativa continua y profunda como la única posibilidad terapéutica, suelen generar dudas, irresoluciones del problema, vacilaciones, incertidumbre y abandono del paciente.

El presente trabajo trata de revisar algunos escritos sobre este tema, para conocer y argumentar los fundamentos éticos y clínicos donde podría apoyarse el profesional médico ante aquellas situaciones que se le plantean como es el caso de la sedación paliativa continua y profunda o no.

En un primer momento se expondrá el aspecto médico donde se tratará de demostrar su validez científica; para ello se hace referencia a: lo que habría que superar en cuanto a los malentendidos que existen al final de la vida, las actitudes del profesional que debería tener cuando éste se relaciona con los enfermos terminales, el porqué concebir a la medicina paliativa como aquella rama de la ciencias médicas capaz de controlar los síntomas del hombre muriente y de su entorno; luego se define lo que signi-

fica la sedación paliativa y las diferencias entre los distintos tipos de sedación y los objetivos de la sedación; por último se expone una breve conclusión que haga notar los aspectos biomédicos más importantes.

Posteriormente, se profundiza acerca del significado antropológico de este hecho médico. Se analizan aquellos valores que se ponen en juego en relación con la vida, con la integridad y la dignidad de la persona y se afirma nuestra concepción ontológica de la persona enferma, su sufrimiento y el cuidado en el alivio del mismo. De este modo, se interpreta la sedación paliativa correctamente aplicada como un medio de cuidado y alivio. Finalmente, a partir de esta mirada antropológica del hombre enfermo, se determinan los valores que se van a defender y el modo de tipificar la acción de sedar.

A) ASPECTOS MÉDICOS DE LA SEDACIÓN PALIATIVA

1. Elementos a superar en torno del final de la vida

Desde el punto de vista de la medicina paliativa, la muerte es un momento y el morir es un proceso biológico y personal a la vez. La característica del ser humano es enterrar a sus muertos y vivir el duelo con signos rituales. El ser huma-

no muere y sabe que morirá pero desconoce cuándo y sabe que prever su muerte influye sobre su vida; en cambio el animal perece, no sabe cuándo ni dónde ni puede preverlo. Por lo tanto, a la muerte hay que dejarla llegar sin empeñarse en prolongarla artificialmente durante la agonía y no tener temores de usar analgésicos y todos los recursos paliativos necesarios para aliviar el sufrimiento y el dolor. [1]

Con esta visión se podrían aclarar aquellas tergiversaciones sobre la terminalidad de la existencia del hombre, como podrían ser los siguientes errores:

- considerar a la vida corporal como un valor absoluto. "Existe un valor moral en dar la vida por otras personas y no estamos obligados a mantener la vida a toda costa con medios desproporcionados. Se puede mitigar el dolor o aquellos síntomas incontrolables con medios comunes, con aquellas drogas que alivien aún cuando aceleren el proceso de morir."

- atender sólo al llamado momento de la muerte descuidando el proceso de morir.

- absolutizar el dolor y rendir culto al sufrimiento. Pío XII en el discurso del 24 de febrero de 1957 a los anestesiólogos, dijo que tenemos el derecho a evitar el dolor

físico y que la persona cristiana no tiene nunca la obligación de aceptar el dolor por el dolor.

- hablar de muerte digna en vez de decir vida digna hasta el mismo momento antes de morir. Lo correcto sería hablar del derecho a ser tratado con respeto en la dignidad que posee toda persona por ser un atributo recibido. Richard McCormick hace una referencia a aquellas situaciones donde el paciente no acepta tratamientos agresivos y se dispone a aceptar el beneficio de lo paliativo; para esto decía: "no estamos escogiendo la muerte, sino cómo vivir mientras vamos muriendo". Por lo tanto, el derecho a morir debe ser un derecho a escoger cómo vivir mientras se acerca a uno la muerte.

Estas mínimas aclaraciones nos permitirían adoptar ciertas actitudes ante el enfermo muriente, a la hora de optar por una sedación paliativa profunda.

2. Las actitudes de los profesionales de la salud ante el final de la vida

Las opciones que el médico o los profesionales de la salud toman ante un enfermo al final de su existencia parten de cuatro actitudes personales que se originan en el contacto de éste con el

[1] Cfr. COBO MEDINA, C., *Ars moriendi, vivir hasta el final*, Madrid, Ed. Díaz de Santos, 2001.

enfermo: abandono, lucha, finalización y acompañamiento.

La actitud de abandono es aquella que lleva al profesional a desentenderse de la persona que sufre. En caso del enfermo terminal, es el desentenderse de éste, que no tiene expectativa de seguir viviendo. Junto con el desentenderse va el delegar la responsabilidad a otros para que lo atiendan o lo cuiden.

La actitud de lucha pasa por dos razones opuestas entre sí, por un lado la primacía del derecho a morir o del aprecio exagerado del valor de la vida y, por otro lado, el equilibrio entre dos valores, el respeto a la vida y el derecho a morir dignamente. El hacer prevalecer el derecho a morir, sin respetar la vida humana, es el caso de la eutanasia y el hacer prevalecer el aprecio exagerado de la vida, que no lleva a respetar el derecho a morir dignamente, se da en el encarnizamiento terapéutico. Por otro lado, se encuentra la realización del doble valor, del respeto a la vida y del derecho a morir dignamente, que sería la actitud correcta.

La actitud de finalización y la actitud de acompañamiento son consecuencias de la razón que prevalece en la lucha interior del profesional de la salud. La actitud de finalización adoptada por el profesional entiende que el mejor modo

de aliviar al enfermo es dar una salida a la situación que atraviesa, o sea, al sufrimiento. Y la salida es facilitarle o provocarle el fallecimiento, en respuesta a su solicitud. La actitud de acompañamiento pasa por buscar alternativas sin abandonar al enfermo, empleando los medios proporcionados a la situación en que vive y a su pronóstico. En esta actitud se fundamentan los cuidados paliativos, y por ende el acto de la sedación paliativa profunda. Esta actitud surge del respeto a la vida y del derecho a morir dignamente que tiene toda persona.

3. La medicina paliativa

El Comité de Cuidados Paliativos del Programa de Europa contra el Cáncer define a los cuidados paliativos como: "la atención total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa no es la curación. La meta fundamental es la calidad de vida del paciente y su familia, sin intentar alargar la supervivencia. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente y sus familiares. Si es necesario el apoyo debe incluir el proceso del duelo".[2]

Esta respuesta positiva de la Medicina Paliativa hacia el hombre muriente, tiene

[2] Citado por GÓMEZ SANCHO, M., *Medicina paliativa en la cultura para América Latina*, Madrid, Arán, 1999, p. 164.

características específicas que la distinguen de otras modalidades y especialidades médicas, como ser: a) está centrada en la persona más que en la enfermedad; b) la vida y la muerte son procesos normales; c) no adelanta ni pospone el momento de la muerte; d) provee el alivio del dolor y otros síntomas estresantes; e) ofrece un sistema de apoyo para sostener la calidad de vida, la mejor posible, hasta el momento de la muerte; f) trabaja no sólo con la persona enferma, sino también con la familia y con un equipo profesional.

Cabe mencionar al respecto la base de la terapéutica de la Medicina Paliativa, propuesta por la SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) en el año 1993, es la siguiente:

1. El enfermo y su familia son la unidad a tratar.
2. La promoción de la autonomía y la dignidad del enfermo.
3. Concepción terapéutica activa.
4. Importancia del ambiente que rodea al enfermo y su familia.
5. Atención integral.

4. Aspectos clínicos de la sedación paliativa en cuidados paliativos

a) Enfermedad terminal

La enfermedad terminal se define como "enfermedad avanzada en fase evolutiva e irreversible con síntomas múltiples, e impacto emocional, pérdida de autonomía física, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva" [3], cuyo último estadio es la situación de agonía, es decir la que precede a "la muerte, cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico de vida en horas o días". Más concretamente, como enfermedad terminal podríamos calificar a aquella en la que la esperanza de vida es no superior a dos meses. En consecuencia, la agonía sería el último estadio de la enfermedad, luego sobreviene la muerte, cabe entender, "el afectado por unas condiciones incurables, que en razonable opinión facultativa producirán la muerte. Es aquí donde radica la diferencia

[3] SECPAL, *Declaración sobre la atención médica al final de la vida*, Madrid, 11.02.2002. Cfr. SANZ ORTIZ, J., GÓMEZ BATISTE, X., GÓMEZ SANCHO, M., *Cuidados paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993, p.10.

entre el enfermo terminal y el incurable; en este último no es posible una predicción de muerte a corto plazo". [4]

En síntesis, una enfermedad es considerada terminal cuando tiene en cuenta los siguientes elementos: [5]

1. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
2. Falta de disponibilidad razonable 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 seis meses.

b) Agonía

Se la define como "aquel estado que precede a la muerte en aquellas situaciones en que la vida se extingue gradualmente" [6]; y se manifiesta por un deterioro físico severo, debilidad extrema, trastornos cognitivos y de conciencia, dificultad en la relación y en la ingesta. Tiene un pronóstico vital de días en el curso de una enfermedad terminal.

Para realizar correctamente el diagnóstico de esta fase se deben buscar los signos y síntomas y luego registrarlos en la historia clínica, los cambios de los síntomas previos (disnea, dolor, etc.), y los nuevos síntomas que pueden aparecer como el *delirium*, la insuficiencia circulatoria periférica, los trastornos respiratorios, la atonía muscular y otros.

A partir de la identificación de los síntomas y de su registro, se produce un cambio en la actitud profesional que debería evolucionar desde un intervencionismo terapéutico, que caracteriza la fase previa a la fase agónica, a la aplicación del tratamiento y un plan de cuidados de sus necesidades humanas.

Cuando el enfermo ha tenido un buen control de los síntomas previos a la agonía, ocurre normalmente un deterioro progresivo del estado físico general, con pérdidas más o menos evidentes del estado de conciencia. En cambio, si el enfermo presentó síntomas refractarios o de difícil manejo antes de la agonía, frecuentemente, éstos persisten y se agravan con la aparición de otros nuevos.

[4] SUÁREZ ÁLVAREZ J., *Decisiones conflictivas en la unidad de cuidados intensivos: ¿Eutanasia y distanasia o asistancia integral en la agonía?*, Madrid, Noesis, 1996, pp. 466-7.

[5] SANZ ORTIZ, J.; GÓMEZ BATISTE, X. y GÓMEZ SANCHO, M., *Cuidados Paliativos, Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos*, op. cit., p. 10.

[6] *Diccionario Médico Salvat*, undécima edición, Barcelona, 1977.

5. Sedación en cuidados paliativos

Se entiende por sedación a la "administración de fármacos apropiados para disminuir el nivel de conciencia del enfermo, con el objeto de controlar algunos síntomas" [7]; forma parte del cuidado paliativo al enfermo terminal o agónico.

Son tres las situaciones en que la sedación puede estar indicada:

- Ante la necesidad de un procedimiento de diagnóstico o terapéutico doloroso o distresante.
- Para tratar un síntoma físico o psicoemocional refractario o de difícil manejo fuera del período de agonía.
- Para tratar un síntoma físico o psicoemocional refractario en un paciente agonizante.

La sedación paliativa es planeada como una medida terapéutica de alivio.

La sedación puede o no implicar la pérdida de la conciencia del enfermo en forma permanente; tal es así que en cuidados intensivos los sedantes son controlados y ajustados de acuerdo con los objetivos propuestos para cada paciente, de modo que permitan la relajación y el despertar rápido.

Para evitar controversias sobre la sedación, tanto en su concepto como en el procedimiento de la misma en el marco de la Medicina Paliativa, se tratará de facilitar la comprensión, con la ayuda de ciertas situaciones clínicas que pueden darse en un enfermo terminal:

a) Primer caso: Ante la necesidad de un procedimiento diagnóstico o terapéutico doloroso o distresante. La administración de un sedante tiene por objeto garantizar el mínimo malestar durante la realización del procedimiento. Previamente se debe comunicar al enfermo y a su familia para obtener el consentimiento de lo que se va a realizar y sus razones. El nivel de la conciencia del enfermo se va disminuyendo de acuerdo con la respuesta del paciente. Por último se debe dejar constancia en la historia clínica sobre las prácticas realizadas en el paciente para garantizar la correcta toma de decisión, el modo de ejecución del procedimiento y el resultado obtenido. Ese tipo de sedación se llama sedación paliativa transitoria.

b) Segundo caso: para tratar un síntoma físico o psicoemocional refractario fuera del período de agonía, como ser una disnea o crisis de pánico, donde el

[7] COMITÉ ÉTICO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS, *Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos*, España, publicado por el Centro de Documentación de la Universidad de Navarra, junio 2002, p. 10.

médico constata que el distrés persiste y que no responde a los tratamientos disponibles. El equipo considera que se está delante de una refractariedad del síntoma y prescribe la sedación. En este caso, la sedación tiene por objetivo disminuir el distrés psicológico producido por la percepción de amenaza de muerte. Antes de proceder, el equipo solicita el consentimiento del paciente o de su familia después de haber recibido una información clara acerca de la nueva estrategia terapéutica. En esta situación, todas las maniobras terapéuticas llevadas a cabo surgidas de la toma de decisiones, las drogas utilizadas y los resultados obtenidos, deben quedar registradas en la historia clínica.

Como se observa, esta situación no habla de una muerte inminente, pero sí marca que se está ante un enfermo frágil y grave, con rápido deterioro de su estado general a consecuencia de la progresión de la enfermedad o de su estado metabólico. Este tipo de sedación se llama Sedación Paliativa por Causas Psicológicas.

Hay situaciones en que se debe sedar, como en las emergencias. La sedación por emergencia se da cuando ocurren situaciones agudas, inesperadas y mortales; se debe sedar al paciente en forma rápida. En este caso el médico debe garantizar el confort del enfermo a través de la sedación, más allá de obtener el consentimiento informado.

c) Tercer caso: frente a un paciente en fase agónica. Tanto el enfermo como el equipo tratante y sus familiares ven la muerte como un hecho inminente. Es muy frecuente que este paciente se encuentre con una falla en la cognición, perciba dolor, disnea, delirio, se encuentre muy agitado. Los síntomas de la agonía se suponen que son refractarios, puesto que no se tiene tiempo para probar o intentar aquellos tratamientos con que se cuenta. Por lo tanto, el tratamiento indicado es la sedación (superficial o profunda). En este estado y ante la estrategia por utilizar, es necesario involucrar a la familia en la toma de la decisión para obtener su consentimiento, en el caso en que el paciente no pueda hacerlo. Este tipo de sedación se llama sedación en la agonía.

6. Concepto de sedación paliativa

De acuerdo con los ejemplos citados en el apartado anterior se podría definir lo que significa la sedación paliativa y la sedación paliativa en la agonía:

a) La sedación paliativa: consiste en la "administración deliberada de una droga, en las dosis y combinaciones requeridas, para disminuir la conciencia de una persona con una enfermedad avanzada o terminal pero con expectativa de vida de semanas o meses, para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios;

ello se produce con el consentimiento explícito, implícito o delegado del paciente". [8] La sedación paliativa puede ser una sedación continua o intermitente, superficial o profunda.

b) La sedación paliativa en la agonía: consiste en la "administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y/o psicológico, mediante la disminución profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima (horas o días de vida). Ello se produce con el consentimiento explícito, implícito o delegado por el paciente". [9] Este tipo de sedación puede ser continua, superficial o profunda.

Según la propuesta de varios autores, la sedación paliativa se clasifica teniendo en cuenta:

a) El objetivo:

- Sedación primaria: ocurre cuando la intervención terapéutica apunta a la disminución de la conciencia de la persona enferma.

- Sedación secundaria: ocurre cuando se administra una droga para tratar

algún síntoma y produce una disminución de la conciencia del enfermo como efecto colateral.

b) La duración en la administración:

- Sedación intermitente o discontinua: es aquella que oscila entre períodos de vigilia y de somnolencia. Este modo de sedar no presenta controversias éticas.

- Sedación continua: el paciente tiene una disminución permanente del nivel de conciencia.

c) La intensidad:

- Sedación superficial: el paciente se encuentra en relación con el medio que lo rodea a través de la comunicación verbal o no verbal.

- Sedación profunda: el paciente no se encuentra en relación con el medio que lo rodea, porque presenta un estado de inconsciencia y no puede interactuar con el medio que lo rodea.

Hablar de sedación terminal y sedación paliativa indistintamente acarrea problemas; esto lo vemos reflejado en las estadísticas de diferentes centros de Cuidados Paliativos [10] [11]; por lo tanto, estamos de acuerdo con diversos

[8] Cfr. BROECKAERT, B., NÚÑEZ OLARTE, J.M., "Sedation in Palliative Care. Facts and Concepts", *Palliative Medicine*, (1998), pp. 126-8.

[9] PORTA J., et al., "Definición y opiniones acerca de la sedación terminal: estudio multicéntrico catalano balear", *Medicina Paliativa*, 6, (1999), pp. 108-115.

[10] STONE P. y PHILLIPS C., "A Comparison of the Use of Sedatives in a Hospital Support Team and in a Hospice", *Palliative Medicine*, 11, (1997), pp. 140-144.

[11] CHATER S. y VIOLA R., "Sedation in Tractable Distress in *the Dying*", *Palliative Medicine*, 12, (1998), pp. 255-269.

autores que proponen que es necesario hablar de sedación paliativa y dejar de lado el concepto de sedación terminal. De esta manera, se pone en claro que la sedación paliativa es un medio terapéutico que no termina con la vida del enfermo, es decir, que no es una sedación terminal, como sostienen algunos especialistas en cuidados paliativos. [12]

En manos de especialistas en cuidados paliativos expertos en atención de síntomas al final de la vida, no existe el concepto de "síntoma de difícil manejo o control, cosa que ocurre en manos inexpertas, pero sí existe el concepto de síntoma refractario al tratamiento. [13] De esta manera, se deja en claro que la sedación paliativa no está indicada como opción terapéutica en el control de los síntomas de difícil manejo. [14]

Por último, la sedación paliativa en un enfermo, dentro o fuera del período de agonía, es un medio eficaz en cuidados paliativos. Ahora bien, como en el caso de cualquier tratamiento o técnica, en sí mismo no es bueno ni malo, puesto que la bondad o malicia del mismo depende de la intención y del fin con que se los usa, es decir, de las indicaciones

reales del procedimiento y la proporcionalidad entre la maniobra desarrollada y la causa que lo motiva.

7. Objetivos clínicos de la sedación paliativa

La sedación paliativa es utilizada en varias situaciones clínicas como ser: dolor, *delirium*, disnea, hemorragias, náuseas y vómitos, angustia, depresión, pánico, etc., síntomas que son refractarios al tratamiento. Existe un tiempo razonable para aplicar los esfuerzos en el control de ellos, que estaría dado por la situación clínica del paciente; podría decirse entonces que el tiempo razonable para aplicar la sedación debe contar con un juicio clínico adecuado y, si es posible, con el consentimiento del enfermo.

El objetivo que tiene la sedación en estas situaciones clínicas, más allá de algún efecto directo sobre centros orgánicos conocidos dado por la droga para la anulación del síntoma, es obtener un estado mental de calma y no tiene por objetivo la muerte del enfermo ni la prolongación de la vida. El objetivo propuesto antes de sedar puede medirse cuanti-

[12] BRAU T. et al., "Sedation for Intractable Symptoms in Palliative Care", (Abstract 13 - Congreso Internacional de Cuidados del Enfermo Terminal, Canadá), *Palliative Care*, 16, (2000), p.88.

[13] Cfr. NÚÑEZ OLARTE, J., et al., "Protocolo del manejo del dolor refractario en la UCP del Hospital Marañón de Madrid", *Medicina Paliativa*, 4, (1997), pp. 81-92.

[14] JUAN PABLO II, *Discurso a los participantes en un congreso sobre tratamientos de mantenimiento vital y estado vegetativo*, 20 de marzo de 2004. Disponible en www.vatican.va

tativamente a través de escalas de sedación, como ser, la Escala de Ramsay donde se evalúa la ansiedad, la agitación y el nivel de conciencia.

8. La anulación del contenido de la conciencia

El contenido de la conciencia es lo que en definitiva se va a anular con la sedación continua y profunda; éste es el objetivo propuesto para aliviar el sufrimiento causado por un síntoma refractario de origen físico o psicológico.

Desde el punto de vista neurológico, una persona está consciente cuando es capaz de percibirse a sí misma y de percibir los hechos que la rodean. Por lo tanto, el estado de conciencia de una persona depende de una integridad de las funciones hipotalámicas y autonómicas del tronco cerebral, y las funciones del tronco cerebral son: generar la capacidad de conciencia, ser sede de los núcleos de origen de los pares craneales y pasaje de las principales vías sensitivas y motoras. En cambio, aquella persona que no muestra evidencia de respuestas sostenidas, reproducibles, intencionales o del comportamiento voluntario a estímulos visuales, auditivos, táctiles o dolorosos, podría decirse que no está consciente de sí misma y del medio ambiente que la rodea. Teniendo en cuenta lo descrito, se puede sintetizar el estado clíni-

co de una persona sedada con fármacos: presenta una ausencia de autoconciencia, puede permanecer con hipersomnolia o tener ciclos de vigilia y sueño, tiene conservada la función motora, no tiene experiencia de sufrimiento, no está alterada la función respiratoria, la actividad electroencefalográfica y el metabolismo cerebral dependen de su enfermedad.

Al inicio se ha dicho que la sedación paliativa tiene por objeto la anulación del contenido de la conciencia, es decir que la capacidad de la conciencia no es alterada por la droga. Con esto se quiere marcar la diferencia que existe entre "contenido de conciencia" y "capacidad de conciencia", y esto se halla en el sitio de producción: el tronco cerebral es responsable de la capacidad de conciencia, en cambio, la corteza cerebral, del contenido de la conciencia. Esta diferencia pone de relieve que la persona enferma que recibe fármacos sedantes para establecer una sedación continua y profunda para así aliviar el sufrimiento corre el riesgo de afectar la conciencia, pero no la capacidad de la misma.

De todo lo anterior surge la pregunta, ¿la falta del contenido de conciencia deshumaniza a la persona? ¿La sedación deshumaniza al enfermo? Y la respuesta es no, ya que la inconsciencia provocada por sedantes en una persona enferma no deshumaniza ni le hace perder su dignidad. Cuando este estado inconsciente

responde a ciertas indicaciones que favorecen el control de los síntomas refractarios después de haber utilizado todos los recursos disponibles y proporcionados para solucionar el síntoma que no le permite el bienestar; sólo puede ser aceptado, en este sentido, como un mal menor. El Papa Juan Pablo II en uno de sus discursos sobre estado vegetativo emitido en el año 2004 dijo lo siguiente con respecto a la persona enferma: "Siento el deber de reafirmar que el valor intrínseco y la dignidad personal de todo ser humano no cambian, cualesquiera que sean las circunstancias concretas de su vida. Un hombre, aunque esté gravemente enfermo o se halle impedido en el ejercicio de sus funciones más elevadas, es y será siempre un hombre; jamás se convertirá en un vegetal o un animal" [15]. Con este discurso Juan Pablo II confirma que la dignidad de la persona no está en sus actos ni en lo que realiza; la dignidad está dada por lo que es, por lo tanto, la persona inconsciente por la enfermedad o por las drogas que recibe, aunque incapaz de relacionarse con la realidad, no pierde su dignidad de persona.

B) ASPECTOS ANTROPOLÓGICOS DE LA SEDACIÓN PALIATIVA

El propósito de examinar este punto es marcar los valores que se ponen en juego

en relación con la vida, con la integridad y la dignidad de la persona humana.

1. La sedación paliativa aplicada al enfermo que sufre por síntomas refractarios

Sedar a un enfermo próximo a morir es una situación que interroga al equipo de salud y a quien se le reclama una respuesta que abarque a toda la persona. Esta respuesta bien podría darse teniendo como base ciertos criterios antropológicos donde la concepción de persona tenga un sentido ontológico o esté ordenada según el ser. Al tener estos fundamentos, la acción médica no queda centrada en procedimientos y análisis conceptuales que sólo ponen énfasis en la toma de decisión, donde se tiene por sustento ciertos criterios y condiciones necesarias para ejecutar la acción, pues esto deja de lado el significado de dignidad y de trascendencia que tiene toda la persona.

Sgreccia hace referencia, en un artículo publicado en la revista *Humanistas* de la Universidad Católica de Chile (n° 15), a una obra de Gayling ("La perversión de la autonomía") donde este autor menciona que existe una perversión en el concepto de autonomía del paciente que no respeta su realidad de relación, ni la

[15] LEVINAS, E., *El tiempo y el otro*, Barcelona, Ediciones Paidós, 1993, pp. 109-110.

autonomía del médico; la relación médico/paciente se desnaturaliza y envilece en una dinámica cliente/técnico; el consentimiento informado, lejos de ser el lugar donde se constituye la alianza terapéutica, se transforma en un elemento de resguardo jurídico del médico; la economía sanitaria, en vez de ser una ciencia dirigida a encontrar los recursos necesarios para asistir al enfermo, se transforma en un índice cualitativo de la productividad del enfermo. Teniendo en cuenta esto, cabe pensar que el morir de una persona puede llegar a ser el último evento de la vida, absurdo de por sí, por cual no se llegó a comprender su significado.

Considerando todas estas razones, se podría llegar a pensar que la asistencia al paciente moribundo con el acto de sedarlo requiere la aplicación de lo técnico, apoyada sobre fundamentos antropológicos, y de esta manera, se podría restablecer en el hombre el verdadero sentido de su vida y de su muerte según la verdad.

Por lo tanto, no se puede practicar un acto terapéutico, como es la sedación paliativa, sin considerar todas las dimensiones de la persona enferma, de lo contrario se estaría condicionando el valor objetivo de la vida humana a índices estadísticos o a un mero pragmatismo, ya sea de calidad de vida o a otros criterios técnicos, que sólo apuntan a mirar la

persona desde el placer o displacer, que sería una visión reductiva del significado de persona. Cuando ocurre esta mirada reductiva, significa que hubo una separación entre la sacralidad de la vida y la calidad de la vida del enfermo. Desgraciadamente, esta relativización deja de respetar la inviolabilidad de la vida humana.

Por último, se puede decir que el acto de sedar en las condiciones de terminalidad de la vida debe tener como principio a la persona y lo que ésta significa, es decir, como una unidad substancial (no meramente funcional) de un espíritu y de un cuerpo que se manifiesta en la capacidad de pensar y de decidir (según el momento en que se encuentra) en unidad con su cuerpo y no solamente el síntoma refractario. Teniendo en cuenta esta concepción, se puede afirmar que la persona enferma es un ser dinámico, con identidad propia expresada de un modo original a través de su personalidad en el momento de su enfermedad; es un ser integral porque en el tiempo que transcurre su agonía continúa vinculándose consigo mismo y con los demás y esta persona se encuentra orientada hacia aquellos bienes y valores que están más allá de su individualidad, del momento histórico por donde ésta transita; es ella quien en su estado de enfermedad está actualizando la realidad de sus potencialidades y dándole sentido de trascendencia a la experiencia que vive.

2. Consideraciones sobre el sufrimiento

La persona sufre porque es frágil y cuando sufre o cuando está enferma se da cuenta de su extrema fragilidad y heteronimia. Dice Levinas: "En el sufrimiento se produce la ausencia de todo refugio. Es el hecho de estar directamente expuesto al ser. Procede de la imposibilidad de huir y de retroceder. Todo el rigor del sufrimiento consiste en esa imposibilidad de distanciamiento. Supone el hecho de estar acorralado por la vida y por el ser". [16] Por lo tanto, cuando uno sufre se encuentra a la intemperie, no tiene dónde recostar la cabeza, se está desnudo, se está sólo. Y en esa desnudez la persona queda expuesta al arbitrio de otros, no es dueño de sí mismo y todo le puede dañar.

Ninguna persona está libre de sufrimiento, todos los hombres temen a la muerte, al sufrimiento, al desamparo, al dolor, a la humillación, porque se siente que en cualquier momento el dolor puede llegar. Dice Teilhard de Chardin: "Dentro del vasto proceso de preparación en el que surge la vida, advertimos que todo éxito se paga necesariamente con un amplio porcentaje de fracasos. No caben progresos en el ser sin algún misterioso tributo de lágrimas, de sangre y de pecado". [17]

La vida de todo hombre viene a ser un suspiro intermedio entre dos lágrimas: la del nacimiento y la de la muerte. Pero este suspiro no es para todos los hombres igual, existen distintas formas de padecer, pero más allá de estas diferencias, hay una semejanza común en el sufrir; de ahí entonces que el sufrimiento no es unívoco ni equívoco, sino que es analógico.

La enfermedad y el sufrimiento se relacionan íntimamente, pero no se identifican; uno puede estar enfermo y no sufrir, o puede sufrir y no estar enfermo. La enfermedad en la vida del hombre es un hecho, un episodio en su historia, en cambio el sufrimiento es una vivencia que acompaña toda la vida del hombre. No se trata de un hecho puntual, sino que esta vivencia se extiende en el tiempo y en el espacio con modos y formas distintas. La enfermedad es algo discontinuo, mientras que el sufrir es continuo. Y desde esta base se puede decir que el sufrimiento es la epifanía de la fragilidad humana, es la memoria de nuestra indignancia.

El padecer es una experiencia que está muy escondida, muy oculta, muy reservada a cada uno. Es una experiencia que no se puede sondear y por esto no se la puede comprender, no hay modo racional que pueda explicar su sentido.

[16] Citado por GÓMEZ SANCHO, *Medicina Paliativa*, Madrid, Arán, 1999, p. 279.

[17] Cfr. LUGO, E., *Relación médico/paciente*, Buenos Aires, Edigraf, 2003, pp. 33-42.

De ahí que frente a esta situación misteriosa, la actitud que provoca es el silencio. Las ciencias solamente pueden explicar las razones sobre esta experiencia, pero son muy periféricas, no pueden responder al sentido último del sufrir. Y ante una falta de razón que abarque el sentido del sufrir se genera en el hombre un drama en su existencia. Él aparece sin aviso, por lo tanto el hombre no lo puede organizar, ni someterlo a ningún cálculo, porque altera de tal manera todas las dimensiones del ser, que éste es incapaz de enfrentarlo.

C) SIGNIFICADO ÉTICO

Se trata de determinar con este examen los valores a defender y las normas de acción. La solución de este problema bioético tiene su origen en los conceptos y valores fundamentales de la persona humana.

1. Aspectos éticos del morir

Como se sabe, la ética guía al hombre desde el "ser" al "deber ser". Es así que respetar la vida en el momento de la vida naciente quiere decir respetar a Dios que crea y a la persona humana tal como Él la crea; y respetar al hombre en su fase final, quiere decir respetar el encuentro del hombre con Dios, excluyendo cualquier poder de parte del hombre, tanto en el anticipar esta muerte (eutanasia),

como en el de impedir este encuentro con Dios por una tiranía biológica (ensañamiento terapéutico).

Se intenta decir con esto que el contenido ético del morir se sintetiza en dos valores:

- El respeto de la verdad del hombre, el respeto de la persona tal como ella es.
- La exigencia ética de una muerte con dignidad.

Son estos dos valores los que van a alumbrar el camino para una decisión ética ante aquellas amenazas como ser:

- El deseo de abreviar la vida del moribundo (eutanasia).
- El deseo de prolongar la vida con usos de medios terapéuticos desproporcionados (distanasia).

La conducta ética sería mantener en equilibrio los dos valores (ortotanasia).

2. Requerimientos éticos clínicos para la sedación paliativa

La sedación paliativa es un acto moral. La moral es una cuestión humana central y es importante en la práctica clínica.

El acto moral es ejercido por el agente (en nuestro caso por el médico y por el enfermo que es el que consiente) y está establecido por ciertas características del agente, como por ejemplo: que tenga intención deliberada de ejercer la acción

de sedar, que examine la racionalidad de la acción y se decida por convicción a consumarla. Estas características nos indican que el que realiza la acción es autónomo y responsable de la acción que propone.

La acción de sedar a un paciente en el estadio final de su vida, como se dijo, es una práctica clínica y es en sí misma un ejercicio moral de carácter profesional, por las siguientes razones: [18]

- a) Por la naturaleza de la necesidad humana a la cual responde.
- b) Por el estado de vulnerabilidad de la persona a la cual se ofrece la asistencia.
- c) Por la expectativa de confianza que genera.
- d) Por el contrato social que supone.

La sedación paliativa debe surgir de una relación entre el médico y el enfermo, de la integración de las vivencias del médico con su paciente que origina el "mundo clínico del cuidado", dicho por la Dra. Elena Lugo. [19] Este cuidado tiene un único interés: asistir a la persona que sufre, interesarse por su bienestar y tener afinidad en lo emotivo, es decir beneficiarlo, aliviar su sufrimiento y disminuir

el impacto del dolor y la discapacidad, respetando su dignidad, su integridad, y su identidad de persona.

3. Principio de doble efecto

Este principio es tradicional en la teología moral. Dentro de la tradición católica, con el uso del mismo se resolvían aquellos casos en donde una acción determinada provocaba al menos dos consecuencias, una positiva y otra negativa con respecto al fin. Es decir que la acción era valorada no desde punto de vista deontológico, sino desde el punto de vista teleológico. Este principio era usado cuando la norma moral deontológica no era aplicable al caso concreto, y por lo tanto se hacía necesaria la reintroducción del criterio teleológico. [20] Tal es el problema que se plantea ante la administración de morfina, que por un lado produce alivio del dolor y, por el otro, depresión del centro respiratorio. Este acto de administrar esta droga donde se pueden seguir dos efectos (bueno y malo) es lícito. Pero la aceptación del efecto malo sin quererlo en absoluto, solo podría considerarse bajo ciertas condiciones, que son: [21]

[18] Ídem.

[19] Cfr. COMPAGNONI, F.; PIANA G. et al., *Nuevo diccionario de Teología Moral*, Madrid, Paulinas, 1992, p. 1478.

[20] Cfr. BASSO, D., *Ética*, Buenos Aires, Ed. Abeledo Perrot, 1998, p.63.

[21] Cfr. PORTA, J., *Cuidados paliativos*, Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud, Zaragoza. Disponible en: www.institutodebioetica.org/cursoeticagratis/modulo8

1. La acción debe ser buena o indiferente en abstracto, siempre será ilícito realizar un acto malo aunque el efecto derivado sea óptimo.

2. Que el efecto malo no sea intentado de igual manera que el bueno, es decir, no sea también querido.

3. Que el efecto bueno especifique la acción o, por lo menos, no dependa del malo como de su causa inmediata y necesaria, pues de lo contrario el efecto malo se convertirá en un medio para conseguir el bueno y "el fin no justifica los medios"; debe darse en simultaneidad entre ambos efectos.

4. Que el daño producido por el efecto malo no supere el bien buscado con aquella acción.

Cumplidas estas cuatro condiciones puede responderse afirmativamente a la pregunta: ¿es lícito sedar a un enfermo agónico con una causa que lo justifique, en la que, además de conseguirse un efecto bueno, se consigue también un efecto nocivo? Con esta respuesta queda señalado que el principio de doble efecto muestra la relación entre la intención y las consecuencias del acto.

Habitualmente se argumenta que el bien perseguido por los profesionales de la salud es aliviar el sufrimiento causado por

el síntoma refractario por medio de la sedación. Este alivio está por encima de un mal potencial como es acortar la vida o adelantar la muerte. Aunque se entiende de este sentido al principio de doble efecto, el mismo pierde consistencia frente a la situación del enfermo doliente en agonía, y lo hace por esto: a) porque se asume que la sedación es la causa directa de la muerte del enfermo, ya moribundo, y no de otros factores concomitantes y no controlados por los profesionales, b) por asumir de entrada y por anticipado el tiempo que ha de vivir la persona enferma. En cambio, si a este principio se lo reformula de una forma realista, se tornaría consistente y la reformulación pasaría por aceptar que el bien que se persigue con la sedación es aliviar al enfermo que sufre, y el mal que no se puede evitar es la pérdida de la conciencia. [22]

Para concluir, cabe mencionar que este principio establece una acción con dos efectos o más, uno bueno (aliviar el sufrimiento intenso) y otros malos (debilidad, imposibilidad para la ingesta, disminución del nivel de conciencia, depresión respiratoria, y otros que conducen a la larga a un acortamiento de la vida). Es correcto usarlo para justificar la sedación paliativa siempre y cuando se cumpla con las siguientes premisas:

[22] CALIPARI, M., "Ética al final de la vida. Aplicación a personas en estado vegetativo", *Vida y Ética*, año 5 - Nº 2, (diciembre, 2004), p. 269.

- la acción de sedar no debe ser inmoral en sí misma,
- la intención debe ser aliviar el sufrimiento,
- la acción de sedar no debe conseguir el efecto bueno a partir de uno malo,
- la acción de sedar debe ser realizada debido a una causa grave, como es el síntoma refractario proporcionado; es decir que las consecuencias positivas deben pesar más que las negativas.

4. Proporcionalidad/desproporcionalidad. Ordinario/extraordinario

Es necesario cuestionarse si la sedación paliativa, que en el último de los casos produce un trastorno en la conciencia del enfermo, es una técnica proporcionada o desproporcionada respecto de la situación que atraviesa el enfermo.

Pío XII en uno de sus discursos dice que no es moralmente obligatorio, para conservar la vida, recurrir a medios denominados extraordinarios, sino que basta el recurso de los ordinarios. Es bien sabido, de acuerdo con la moral católica tradicional, que las circunstancias delimitan los grados de moralidad de la actividad humana. Por ello, es ahora, en estas circunstancias históricas, cuando se debe responder a los interrogantes nuevos que

se plantean. ¿Qué se dice, por ejemplo, frente a los modernos métodos de tratamientos que la ciencia ofrece hoy para el alivio del sufrimiento? Pero también hay otra pregunta: una persona en situación de agonía, con una pésima calidad de vida, ¿debería ser sometida a tratamientos o a instrumentos para poder aplacar un síntoma refractario, o bien llegado a cierto punto, se debe sedarlo y dejarlo a su destino de muerte biológica y total y así poder utilizar todos esos recursos para que alguien pueda ser recuperado?

Maurizio Calipari propone tres etapas para valorar la proporcionalidad o desproporcionalidad de un tratamiento en la toma de decisiones: [23]

1° Etapa: corresponde al médico y a su equipo sanitario analizar la proporcionalidad o no de los medios de diagnóstico y tratamiento. El juicio se establece usando datos que son medidos a través de las escalas o estándares preestablecidos.

Al referirse a la proporcionalidad terapéutica, Calipari sostiene que: un tratamiento o un examen por realizar "sería adecuado o inadecuado, desde el punto de vista médico y técnico, con relación a alcanzar un determinado objetivo de salud o de soporte vital para el paciente". [24]

[23] Ídem.

[24] JUAN PABLO II, *Discurso a los participantes en un congreso sobre "Tratamientos de mantenimiento vital y estado vegetativo"*, op. cit., n° 4.

El tratamiento a un paciente terminal sigue siendo proporcionado en la medida en que demuestre estar adecuado a la situación clínica para alcanzar un determinado objetivo de salud o de soporte vital en el momento del examen.

Ahora bien, si se logran los objetivos médicos a través del tratamiento instituido, se puede afirmar simplemente que el tratamiento fue adecuado porque resultó ser eficaz en el logro del objetivo médico, y esta eficacia médica la evalúa el propio médico. Pero se puede dar otra situación, en la que una acción médica resulta adecuada porque logra los objetivos fijados, pero para el paciente ese logro no le significa nada, es decir, no es un beneficio que va a cambiar la vida del paciente. Resultó ser adecuada y eficaz para el médico, pero no para el paciente. Por este motivo, es necesario conocer los siguientes factores para valorar la proporcionalidad terapéutica cuando existen situaciones de objetivaciones distintas: a) Contar con los medios de conservación que se han de usar. b) Saber utilizar el medio terapéutico que se tiene. c) Conocer perfectamente la eficacia médica del tratamiento o examen a instituir. d) Conocer los efectos colaterales perjudiciales para el enfermo y los riesgos previsibles para la salud o la vida del paciente. e) En una situación determinada, saber si se cuenta con posibilidades de recurrir a alternativas terapéuticas que sean igual o de mayor eficacia. f)

Saber si se cuenta con los recursos sanitarios (técnicos y económicos) necesarios para la utilización del medio.

2° Etapa: los elementos aportados parten de la subjetividad del paciente y en caso que éste no pueda, le corresponden a su representante.

Es el paciente quien valora el medio o el objeto de conservación de la vida y es él quien tiene la libertad, según su juicio personal, de utilizar o no el medio. Entonces, un medio de conservación resulta ser extraordinario para la utilización del paciente ante las siguientes situaciones: a) Imposibilidades por parte del paciente: cuando se requiere mucho esfuerzo para alcanzar o utilizar el medio; cuando el dolor físico es insoponible; cuando los costos económicos son muy altos; ante el miedo o repugnancia a la utilización del medio. b) Cuando el paciente no quiere asumir los riesgos que el medio de conservación puede ocasionar para su salud o su vida. c) Cuando considera que el medio utilizado resulta ineficaz. d) Cuando no acepta los riesgos posibles, que podrían impedir el cumplimiento de sus deberes morales (sedación).

Se puede decir entonces que los medios extraordinarios son lícitos, pero no son obligatorios en cuanto a su uso. Pero hay situaciones en que estos medios extraordinarios se tornan obligatorios, es

decir, que se hacen ordinarios, como ser en aquellos casos donde la persona enferma tiene que cumplir ciertos deberes moralmente más graves, como la piedad, la caridad o la justicia.

Así es que se entiende en forma global por "terapéutica ordinaria" a aquellos tratamientos que incluyen los cuidados de carácter básico e imprescindible ya sea: hidratación-alimentación, medicamentos para el control de síntomas, procedimientos habituales realizados por cualquier médico y los cuidados de enfermería. Con respecto a este punto, en marzo de 2004 Juan Pablo II comentó: "...como suministrar agua y alimento, incluso cuando se hiciese por vía artificial, representan siempre un medio natural de conservación de la vida, no un acto médico. Por consiguiente su uso habrá que considerarlo, en línea de principio, ordinario y proporcionado, y como tal moralmente obligatorio, en la medida en que y hasta demuestra alcanzar su finalidad propia, que aquí consiste en procurar nutrición al paciente y alivio de los sufrimientos". [25]

3° Etapa: parte de los juicios del médico y del paciente para elegir y actuar. El médico evaluó la proporcionabilidad del medio a usar y el paciente la ordinariadad del medio a usar. De la

unión de estos dos juicios, dice Calipari, surgen cuatro posibilidades para obtener un juicio práctico:

- medios proporcionados y ordinarios (es obligatorio cumplirlos para conservar la vida)
- medios proporcionados y extraordinarios (es optativo usarlos por parte del paciente, hay casos en donde es obligatorio)
- medios desproporcionados y ordinarios (es ilícito para el médico ofrecerlos, se hace lícito cuando el paciente tiene que cumplir con deberes morales gravísimos)
- medios desproporcionados y extraordinarios (es ilícito ofrecerlos)

La última etapa consistiría en poner en práctica lo obtenido por el juicio hecho.

Por último, en referencia al texto *Declaración "lura et bona" sobre la eutanasia* de la Congregación para la Doctrina de la Fe: "es también lícito interrumpir la aplicación de tales medios (se refiere a los medios desproporcionados) cuando los resultados defraudan las esperanzas puestas en ellos. Pero al tomar tal decisión deberá tenerse en cuenta el justo deseo del enfermo y de su familia, éstos podrán, sin duda, juzgar mejor que otras personas si el empleo de

[25] Este texto es de: SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, DECLARACIÓN «LURA ET BONA» SOBRE LA EUTANASIA, Roma, 5 de mayo de 1980.

instrumentos y personal es desproporcionado a los resultados previsibles y si las técnicas usadas imponen al paciente sufrimientos y molestias mayores que los beneficios que se pueden obtener de los mismos. Es siempre lícito contentarse con los medios normales que la medicina ofrece... ante la inminencia de muerte inevitable, a pesar de los medios empleados, es lícita en conciencia la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia". [26]

5. Eutanasia y sedación paliativa

El término eutanasia debe reservarse exclusivamente para designar aquellos actos que tienen por objeto terminar deliberadamente con la vida de un paciente con enfermedad terminal o irreversible. Por su parte, el Instituto Borja de Bioética (Universitat Ramon Llull, 2005) en una declaración reciente formula lo siguiente con respecto al significado de este término: "es toda conducta de un médico u otro profesional sanitario bajo su dirección, que causa de forma directa la muerte de una persona que padece de una enfermedad o lesión

incurable con los conocimientos médicos actuales que, por su naturaleza, le provoca un padecimiento insoportable y le causará la muerte en poco tiempo. Esta conducta responde a una petición expresada en forma libre y reiterada, y se lleva a cabo con la intención de liberarle de este padecimiento, procurándole un bien y respetando su voluntad". [27]

Teniendo en cuenta esta declaración, cabe mencionar:

a) los elementos que componen el acto eutanásico:

- Una enfermedad terminal o irreversible.
- Una persona autónoma que sufre por la enfermedad.
- Una petición reiterada, expresa y mantenida.
- Una acción o cooperación necesaria o suficiente de un profesional o no que ocasiona la muerte del enfermo.

b) teniendo en cuenta los elementos que son necesarios para configurar el acto eutanásico, se puede decir que no son pasibles de confusión con la eutanasia las siguientes acciones médicas:

- la de no iniciar ningún tratamiento desproporcionado,

[26] Institut Borja de Bioètica http://www.ibbioetica.org/es/contenidos/PDF/Documento_eutanasia_CAST.pdf

[27] VIGURIA ARRIETA J.M. y ROCAFORT GIL J., "Sedación con midazolam. Eficacia de un protocolo de tratamiento en pacientes terminales con síntomas no controlables con otros medios", *Medicina Paliativa*, volumen 7, nº 1, (2000), pp. 2-5.

- la de retirar un tratamiento una vez comprobado que es desproporcionado para la realidad del enfermo,
- la de emplear fármacos sedantes para aliviar el sufrimiento intolerable en los días de agonía o fuera de ellos.

A través de este gráfico se señalan las diferencias existentes entre la eutanasia y la sedación paliativa:

	Intención	Proceso	Resultado
Eutanasia	El objetivo es prescribir fármacos sedantes cuya intención pasa por provocar la muerte del paciente con enfermedad terminal o irreversible para liberarlo de los sufrimientos que él vive como intolerable.	Se utilizan drogas a dosis letales para provocar una muerte rápida. Se necesita consentimiento de parte del paciente.	El resultado es la muerte.
Sedación Paliativa	Se administran fármacos sedantes con la intención de aliviar el sufrimiento frente a aquellos síntomas refractarios o determinados, alterando la consciencia. Cuando la sedación es profunda, la vida consciente se pierde.	Las drogas que se utilizan son ajustables a las respuestas del paciente frente al sufrimiento que genera el síntoma. Esto quiere decir que se necesita un monitoreo continuo que debe quedar registrado en la historia clínica, desde el punto de vista de la indicación como del tratamiento.	La respuesta exitosa es el alivio del sufrimiento, que puede ser evaluado. [28]

[28] VIGURIA ARRIETA J.M. y ROCAFORT GIL J., "Sedación con midazolam. Eficacia de un protocolo de tratamiento en pacientes terminales con síntomas no controlables con otros medios", Medicina Paliativa, volumen 7, nº 1, (2000), pp. 2-5.

D) A modo de conclusión

Todos los factores señalados contribuyeron a demostrar que la sedación paliativa profunda continua o irreversible no es un acto eutanásico siempre y cuando cumpla con ciertas normas éticas clínicas.

La sedación paliativa profunda, indicada por un equipo de cuidados paliativos, sólo puede ser propuesta como último recurso, ante la presencia de síntomas refractarios. El objetivo principal de la sedación paliativa es, en último caso, el alivio del distrés mental generado por los síntomas de la enfermedad.

Los requisitos para una buena praxis de la sedación paliativa serían: la formación clínica y ética de los miembros del equipo tratante, la presencia de un síntoma refractario, la disminución del distrés mental, obtención del consentimiento del enfermo o de sus familiares y registro de los pasos de la toma de decisiones y la monitorización de la sedación asentados en la historia clínica.

La sedación paliativa no es una eutanasia encubierta puesto que las diferencias recaen tanto en la indicación, el procedimiento y el resultado. En la sedación, el profesional indica drogas para sedar al paciente con la intención de aliviar el sufrimiento del enfermo frente a determinados síntomas. En la eutanasia el

objetivo es provocar la muerte del enfermo para liberarlo de los sufrimientos. Cuando la sedación es profunda se pierde la vida consciente, mientras que la eutanasia elimina la vida física.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEL I FABRE, F., *Bioética, orígenes, presente y futuro*, Ed. Fundación MAFRE, Madrid, 2001.

AGUILERA, P., *En la frontera vida/muerte. Problemas bioéticos*, Chile, Ed. Universitaria, 1990.

ARIES, P., *Un hombre ante la muerte*, España, Taurus, 1995.

AZULAY, A., "Reflexiones éticas en torno a la sedación terminal", *Medicina Paliativa*, vol. 9, nro. 4, (2002).

AZULAY. "La doctrina del doble efecto y la eutanasia activa en la práctica de los cuidados paliativos", *Medicina Paliativa*, vol. 8, nro. 3, (2001).

BASSO, D., *Ética*, Buenos Aires, Ed. Abeledo-Perrot, 1998.

BRAU, T. y et al., "Sedation for intractable symptoms in Palliative Care, Abstract 13 Congreso Internacional de Cuidados del Enfermo Terminal", *Palliative Care*, Canadá, (2000).

- BROECKAERT, B. y NÚÑEZ OLARTE, J.M., "Sedation in Palliative Care. Facts and Concepts", *Palliative Care Medicine*, (1998).
- BROECKAERT, B., *Palliative sedation defined or why and when terminal sedation is not euthanasia*, Abstract, 1° Congress RDPC, Berlin, (2000).
- BROECKAERT, B., *Sedation Palliative: ethical aspects*, Leuven University Press, 2002.
- CHATER, S. y VIOLA R., "Sedation in Tractable Distress in *the Dying.*", *Palliative Medicine*, 12, (1998).
- COBO MEDINA, C., *Ars moriendi, vivir hasta el final*, España, Ed. Díaz de Santos, 2001.
- COMITÉ ÉTICO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS, *Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos*, publicado por el Centro de Documentación de la Universidad de Navarra (España), junio 2002.
- COMPAGNONI F., PIANA G. et al., *Nuevo Diccionario de Teología Moral*, Paulinas, Italia, 1992.
- CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA, *La Eutanasia*, Ed. Palabra, España, 1993.
- Diccionario Médico Salvat, undécima edición, Barcelona, 1977.
- GÓMEZ SANCHO, M., *Medicina Paliativa en la cultura para América Latina*, Arán, Madrid, 1999.
- JIMÉNEZ ROJAS, C., SOCORRO GARCÍA, A., *Protocolo clínico de sedación terminal del Servicio de Geriatría del Hospital Central Cruz Roja de Madrid, España*, 2000.
- JUAN PABLO II, *Discurso a los participantes en un Congreso sobre tratamientos de mantenimiento vital y estado vegetativo*, 20 de marzo de 2004, www.vatican.va
- KARNOFSKY, D., BURCHENAL, J., *Evaluation of chemotherapeutic agents*, Nueva York, Columbia University Press, (1998).
- KRAKAUER, L. et al., "Sedación para el sufrimiento intratable de un paciente agonizante: Cuidados Paliativos agudos y principio de doble efecto", *The Oncology*, nro. 5, (2000).
- LEVINAS, E., *El tiempo y el otro*, Barcelona, Ediciones Paidós, 1993.
- LUGO, E., *Relación médico/paciente*, Buenos Aires, Edigraf, 2003
- MONGE, F., *¿Eutanasia?*, Madrid, Ed. Palabra, 1989.
- NÚÑEZ OLARTE, J., et al., "Protocolo del manejo del dolor refractario en la UCP

del Hospital Marañón de Madrid", *Medicina Paliativa*, 1997.

PELLEGRINO-THOMASMA, *La medicina por vocación*, Ed. Camiliana, Quito, 1995.

PONTIFICIA ACADEMIA PARA LA VIDA, *Comentario interdisciplinar a la Evangelium Vitae*, Biblioteca de Autores Cristianos, España, 1996.

PORTA, J., et al. "Definición y opiniones acerca de la sedación terminal: estudio multicéntrico catalano balear", *Medicina Paliativa*, 1999.

PORTA, J., Cuidados paliativos, Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud, Zaragoza. Disponible en: www.instituto-debioetica.org/cursoeticagratis/modulo8

PORTA SALES, J., "Estudio multicéntrico catalano-balear sobre la sedación terminal en cuidados paliativos", *Medicina Paliativa*, 1999.

PORTA SALES, J., "Sedation and terminal care", *Europe Journal Palliative Care*, (2001).

SÁENZ ORTÍZ, J.; GÓMEZ BATISTE, X. y GÓMEZ SANCHO, M., *Cuidados paliativos, Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1993.

SANZ RUBIALES, A.; RIVERO, M. y FLORES PÉREZ L., "Actitudes ante el final de la vida en los profesionales de la sanidad", *Cuadernos de Bioética*, XVII, España, (2006).

SGRECCIA E., "La cultura de la muerte", *Humanitas*, Revista de la Pontificia Universidad Católica de Chile, n° 15.

STONE PHILLIPS, C., "A Comparison of the Use of Sedatives in a Hospital Support Team and in a Hospice", *Palliative Medicine*, (1997).

SUÁREZ ÁLVAREZ, J., *Decisiones conflictivas en la unidad de cuidados intensivos: ¿Eutanasia y distanasia o asistencia integral en la agonía?*, Noesis, Madrid, 1996.

TORRALBA F. I ROSELLÓ, *Antropología del Cuidar*, editado por Instituto Borja de Bioética y Fundación MAPFRE Medicina, España, 1998.

VIDAL, M., *Eutanasia: un reto a la conciencia*, San Pablo, España, 1994.

VIGURIA ARRIETA, J.M. y ROCAFORT GIL, J., "Sedación con midazolam. Eficacia de un protocolo de tratamiento en pacientes terminales con síntomas no controlables con otros medios", *Medicina Paliativa*, 2000.