



**Universidad del Sureste**

**Escuela de Medicina**

**Análisis de casos clínicos**

**MEDICINA PALIATIVA**

---

**Presenta**

**Dulce Alondra Pinto Pérez**

**Dra. Ana Laura Domínguez Silva**

**Comitán de Domínguez, Chiapas**

**Julio 2020**

## Sedación en el cáncer

Este artículo me gustó, ya que habla sobre cómo debemos de tratar a los pacientes terminales con algún tipo de cáncer, cuáles son los aspectos éticos que debemos tener en cuenta, y cuáles serían los criterios de para iniciar una sedación.

Nos habla de que en pacientes terminales con cáncer es regular que al momento de morir estos estén sedados, ya que el dolor que ellos sienten es demasiado, y se opta por sedarlo, aunque no en todos los pacientes terminales con cáncer se hace. Por cuestiones éticas. Primero debemos iniciar con tratamiento y cuidados paliativos, también el artículo nos habla de una escala de pronóstico, aunque no son muy certeras, y poco confiables. Antes de iniciar la sedación debemos de tener en cuenta algunas posibles soluciones alternativas para los pacientes, para no llegar a la sedación del paciente. Tenemos que analizar el ingreso hospitalarios; esto tomando en cuenta las necesidades del paciente y de la familia, indicar al paciente y familiares el cuidado de enfermería ya que es de bastante ayuda, pero en fases finales pueden llegar a ser hasta cierto punto molestos para el paciente. Control del dolor, esto es lo más importante que debemos tener en cuenta al momento de tratar al paciente, ya que lo que se busca al dar un cuidado y tratamiento paliativo es muy importante aliviar los síntomas y el dolor del paciente para que él se sienta bien, al menos los últimos días u horas de vida que le quedan.

La sedación se plantea como una medida terapéutica paliativa en el enfermo terminal cuando hay un sufrimiento desproporcionado y los demás tratamientos se han mostrado ineficaces. La sedación no es una opción de tratamiento obligada; no siempre es necesaria y ni siquiera conveniente: hay ocasiones en que la muerte digna se traduce en el reconocimiento consciente de la propia situación por parte del enfermo, que afronta sus últimos momentos sin sufrimientos pero con lucidez y en el ambiente físico y humano oportuno.

Propiamente, por sedación se entiende la disminución del nivel de conciencia del enfermo. Desde este punto de vista es un arma terapéutica útil en varios campos de la medicina (anestesia, cuidados intensivos), no sólo en la atención a pacientes terminales. La sedación como tal puede ser de dos tipos, con diferentes planteamientos clínicos y diferentes repercusiones bioéticas.

# Decisiones clínicas sobre el mantenimiento de medidas de soporte y la sedación en el cáncer terminal

A. S. RUBIALES, M. A. OLALLA\*, S. HERNANDEZ\*\*, M. GARAVÍS, M. L. DEL VALLE, C. CENTENO, C. GARCÍA, F. LÓPEZ-LARA

*Servicio de Oncología, \*Servicio de Urgencias y \*\*Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital Universitario de Valladolid*

## RESUMEN

Las decisiones clínicas en el enfermo terminal se caracterizan por su dificultad y la responsabilidad que suponen, especialmente cuando se valora el mantenimiento de los tratamientos y las medidas de soporte. Se consideran medidas elementales e imprescindibles las que buscan mantener el bienestar y el alivio de síntomas del enfermo. Algunas dependen básicamente del cuidador principal (higiene, control de excretas, medidas posturales) mientras que otras requieren una supervisión más especializada (tratamiento del dolor, disnea, delirio, etc.). Hay medidas más avanzadas que se adaptan a las circunstancias del paciente: pronóstico, síntomas, estado general, efecto esperado de este tratamiento... En estos casos es preciso individualizar la decisión sobre la conveniencia de hidratar o nutrir por vía parenteral, de transfundir, de administrar antibióticos o de recomendar un ingreso hospitalario. Las medidas más avanzadas de reanimación cardiopulmonar prácticamente siempre se consideran desproporcionadas en un enfermo oncológico terminal.

La sedación del enfermo terminal se basa en el principio del doble efecto. Puede estar indicada cuando se dirige a controlar síntomas realmente refractarios a los tratamientos habituales. En general se administran los mismos fármacos que se emplean para el alivio de síntomas en etapas anteriores (opioides, benzodiazepinas, neurolepticos) pero en dosis mayores.

*Med Pal 1999; Vol. 6, pág. 92-98*

### PALABRAS CLAVE:

Cáncer. Terminal. Medidas de soporte. Sedación.

## ABSTRACT

Clinical decisions in terminal patients are characterised by its difficulty and responsibility, especially when referred to maintain and withhold therapies and life-supportive measures. We consider as indispensable basic procedures those directed to maintain comfort and palliation of symptoms. Some of them depend of primary caregiver (as hygiene, control of urine and faeces, or postural measures) but some others need a specific supervision (as therapy of pain, dyspnea or delirium). There are some others more advanced treatments that must be adapted to particular circumstances of patient: prognosis, symptoms, performance status, expected effect of treatment... In those patients the clinical decision about parenteral nutrition or hydration, blood transfusion, antibiotic therapy or hospital admission must be individualised. Cardiopulmonary resuscitation is almost always disproportionate in terminal cancer patients.

Terminal sedation is based in the rule of double-effect. It can be indicated when directed to treat real refractory symptoms that cannot be controlled with tolerable therapies that do not compromise consciousness. The drugs generally used in order to obtain terminal sedation are those previously recommended to palliate symptoms in the same patients (opioid, benzodiazepine, neuroleptic) but administered in higher doses.

### KEY WORDS:

Cancer. Terminal patient. Supportive treatment. Sedation.

## INTRODUCCIÓN

No es sencillo aplicar los principios de la Bioética a todos los pacientes que se atienden en la práctica diaria (1). Este objetivo se vuelve especialmente difícil cuando en la decisión médica intervienen matices subjetivos como la impresión personal, clínica, y la experiencia previa del que atiende a un enfermo. Y, en los

enfermos terminales, a estos problemas se añaden los intrínsecos de la fase final de la vida. Las decisiones clínicas, sobre todo en el enfermo oncológico terminal, se caracterizan tanto por la dificultad como por la responsabilidad que suponen (2-4). La misma definición de enfermedad terminal encierra matices subjetivos (5) y sus criterios son difíciles de precisar en muchas ocasiones. Establecer, por ejemplo, el pronóstico vital en un paciente con cáncer resulta controvertido hasta para los clínicos más experimentados. En la medicina paliativa nos sobran razones para la duda clínica y, si todas las decisio-

Recibido: 25 de Enero de 1999  
Aceptado: 29 de Abril de 1999

nes de la fase terminal han de adoptarse siempre con ciencia y prudencia, esto resulta especialmente exacto cuando además pueden repercutir en una mayor o menor supervivencia del paciente (6).

En concreto, hay que perfilar, dentro de lo posible, cómo y cuándo se deben mantener en un enfermo oncológico terminal los tratamientos y los cuidados de soporte. Y, dentro de estos, cuáles son imprescindibles y cuáles no. También es conveniente precisar qué tratamientos se consideran adecuados y/o proporcionados. No se debe olvidar tampoco que, en muchos de estos enfermos, es necesario decidir en qué momento aplicar o intensificar las medidas terapéuticas para aliviar síntomas a costa de una reducción del nivel de conciencia y, a veces, del riesgo de acortar la expectativa de vida.

## TRATAMIENTO DE SOPORTE

Es preciso distinguir un enfermo terminal (especialmente si ha entrado en agonía) y un enfermo crítico. En ambos casos hay evidencia de gravedad pero, igual que en el primero las medidas terapéuticas van a modificar muy poco o nada el pronóstico, en el segundo sí que pueden alterar para bien el futuro del enfermo. No se puede tomar como único rasero de medida la gravedad del enfermo. Y menos aún en el caso de pacientes oncológicos en situación terminal. Por eso el concepto de tratamiento de soporte se adapta a cada caso.

Dentro de la fase terminal sigue siendo complicado conocer el pronóstico de cada paciente (7,8). Se puede proponer una clasificación útil, pero poco precisa, que estratifica a los enfermos terminales de cara a su atención médica (Tabla I). A efectos prácticos, entre los propios pacientes en situación terminal, permite actuar de manera diferente con enfermos diferentes.

<i>Etapa</i>	<i>Expectativa de supervivencia</i>
Terminal	Semanas o meses
Preagónico	Días o semanas
Agónico	Horas o días

El concepto genérico de tratamiento de soporte es fácil de comprender. Se podría definir como el que pretende ayudar al paciente a realizar funciones que le son necesarias pero para las que no está capacitado. El problema se encuentra al intentar aplicarlo a cada situación. Dentro de los tratamientos que sirven de soporte de las necesidades vitales hay un rango de posibilidades (Tabla II) (9,10). Tanto las medidas de soporte como los criterios para emplearlas cambian de una Unidad de Cuidados Intensivos, donde la ventilación mecánica o la diálisis son técnicas habituales, a una Unidad de Geriátrica, de Neurología o de Cuidados Paliativos. Pero las líneas generales de este trabajo se dirigen al tratamiento del enfermo oncológico. Otras especialidades de la medicina pueden plantearse problemas parecidos pero las soluciones no tienen por qué coincidir (11). Concretando,

Nivel 1	<i>Reanimación cardiopulmonar</i>
Nivel 2	<i>Cuidados intensivos:</i> incluye el soporte avanzado de constantes vitales
Nivel 3	<i>Atención médica general:</i> administración de fármacos (incluidos los antibióticos), cirugía, quimioterapia e hidratación y nutrición artificial
Nivel 4	<i>Cuidados de enfermería:</i> los que se dirigen a que el enfermo se encuentre confortable: incluyendo alivio del dolor junto con hidratación y nutrición para aliviar la sed o el hambre del paciente

en el enfermo oncológico con enfermedad progresiva no es lo mismo omitir las medidas de reanimación cardiorrespiratoria que retirar un tratamiento que se estaba recibiendo, o suspender la nutrición o la hidratación, o impedir que reciba el aseo y los cuidados corporales básicos (12).

La escala de Karnofsky se suele usar, sobre todo, para valorar el estado general y el nivel de actividad del enfermo oncológico. Y sirve de ejemplo para mostrar que el concepto de necesidad de tratamiento de soporte en el enfermo terminal sigue siendo motivo de controversia. En esta escala, un valor del 20% define al paciente muy enfermo, que requiere hospitalización y en el que es necesario un tratamiento activo de soporte (13). ¿Es válida esta definición? Probablemente la palabra necesario podría suavizarse cambiándola por otra como apropiado o conveniente, y, tal vez, añadiendo una condición de finalidad: para el alivio de síntomas. De esta definición surgen muchas preguntas, difíciles de responder: ¿hasta cuándo tratar?, ¿hasta qué punto es necesario un tratamiento de soporte? ¿y de qué tipo?, ¿qué síntomas y qué procesos intercurrentes hay que tratar?, ¿pueden ayudar los nuevos tratamientos a que algún enfermo mejore?... Además, aun aportando todas las medidas al alcance no siempre llegan a ser suficientes para lograr su objetivo, por lo que es probable que muchos enfermos no lleguen a recibir el cien por cien de atenciones que podrían requerir.

Como primera medida, un objetivo imprescindible en el tratamiento de cualquier enfermo terminal es el control de síntomas (14). De ordinario hará falta un tratamiento analgésico etiológico y/o sintomático. Se podría llegar también a otras actuaciones, como reducir el nivel de conciencia o indicar una sedación, si las medidas adecuadas no son efectivas. La alimentación y la hidratación son problemas que se prestan a un debate más amplio; ¿en qué medida su ausencia puede acelerar la muerte de un enfermo terminal? Los datos de que disponemos hasta ahora nos hacen dudar de que, efectivamente, influyan seriamente sobre la evolución de un enfermo terminal o sobre su pronóstico a corto plazo (15). No obstante, continúa siendo un motivo de debate (16). Los enfermos que se acercan o entran en una situación agónica, o los que precisan una sedación, normalmente son incapaces de comer o de beber en cantidad suficiente y, además, algunos autores opinan que no se les debe indicar hidratación o nutrición parente-

ral por el riesgo de que originen otros problemas, como un edema agudo de pulmón (17). Pero no está claro que sea motivo suficiente para omitir siempre la nutrición y/o la hidratación parenteral (18): como con muchas cuestiones en medicina, la solución se suele encontrar cerca de un justo medio y en evitar caer en el dogmatismo. Por otra parte, la familia podría malinterpretar la retirada de una hidratación establecida y tampoco se deben minusvalorar las consecuencias de la deshidratación en enfermos que reciben medicación opioide (19).

## MEDIDAS ELEMENTALES

El personal sanitario puede intentar generalizar erróneamente las conclusiones a las que llega con su propia experiencia, también en la atención a enfermos terminales. Por ejemplo, los que trabajan en un medio hospitalario pueden tener un concepto de medida agresiva diferente del que tienen los que hacen un seguimiento ambulatorio o domiciliario de los pacientes. ¿Sería posible homogeneizar los criterios? Tal vez, sí; pero tomando como fundamento las medidas de soporte que se consideran básicas en el grado de atención más elemental, en este caso, el domiciliario. No se debería considerar como medida desproporcionada la que puede recibir el enfermo terminal en su domicilio por parte, sobre todo, de su familia. ¿Hasta qué punto se puede extrapolar este criterio a un ambiente hospitalario? La práctica diaria nos recuerda que no todos los enfermos oncológicos ingresados en un hospital precisan de una atención clínica especializada. Los problemas familiares o sociales y la angustia del enfermo o de sus cuidadores hacen que sólo un porcentaje de camas se ocupe por problemas médicos graves sobreañadidos. Y esto lleva a que, también en el Hospital, bastantes enfermos sólo reciban unos cuidados básicos e imprescindibles, a sabiendas de que la gran mayoría de ellos no son propiamente médicos. Estos cuidados se engloban en el nivel 4 de la clasificación propuesta por Wanzer (9): los cuidados generales de enfermería y los que se dirigen a que el enfermo se encuentre confortable: alivio del dolor junto con hidratación y nutrición para aliviar la sed o el hambre del paciente (Tabla II). De hecho, cada persona y cada profesional que participa de la atención a estos enfermos tiene su propio papel dentro de estos cuidados.

Las medidas elementales están dictadas por el sentido común y su aceptación se puede considerar universal. Su objetivo es la prevención y/o el alivio de síntomas o de malestar. Algunos de estos cuidados son: la higiene, el control de excretas o las medidas posturales. Las medidas farmacológicas o de otro tipo para el control de síntomas que originan un mayor sufrimiento (dolor, disnea, etc.) también se consideran elementales. De hecho, hay datos que sugieren que un buen control del dolor en estos enfermos más que un riesgo de acortar la vida es una ayuda para prolongarla (20). Para estas medidas es preciso no un control estricto pero sí, al menos, el consejo o la supervisión de personal especializado. Hay otros síntomas frecuentes, a veces debilitantes y que afectan al enfermo, cuyo control no se puede considerar un cuidado básico (21).

Puede llamar la atención que a la alimentación e incluso a la hidratación no se les dé la misma importancia. Sigue siendo motivo de controversia si es preciso o no hidratar por

vía parenteral (intravenosa o subcutánea) al paciente terminal incapaz de ingerir una cantidad mínima de líquidos. En este caso, como en tantos otros, es difícil ofrecer una solución cerrada: es preciso valorar la situación del paciente y de su tumor, el pronóstico, la presencia de otras complicaciones, la limitación que supone *per se* la falta de alimentos o de líquidos, etc. Además, no es lo mismo omitir la hidratación de un enfermo agónico (22) (o preagónico) que plantear, como puede leerse en publicaciones norteamericanas, la deshidratación terminal (omisión voluntaria de la comida y la bebida por parte del paciente, algo así como una huelga de hambre y sed en el enfermo terminal) como una alternativa al suicidio asistido (23). En el caso de la alimentación, raramente el pronóstico de un enfermo terminal viene marcado por la cantidad de su ingesta: los agentes orexizantes pueden mejorar la ingesta, el peso e, incluso, la calidad de vida; pero no la expectativa de supervivencia (24).

En definitiva, los que marcan la situación *a priori* no son unos criterios establecidos sino el examen atento de cada enfermo, intentando buscar una respuesta a las preguntas fundamentales: ¿le va a aportar un beneficio a este paciente y en estos momentos?; ¿le va a ser útil o no?

## MEDIDAS PROPORCIONADAS

Se puede asumir que aplicando la experiencia clínica común no es muy complicado llegar a un consenso sobre cuáles son las medidas básicas. Sin embargo, no es lo mismo en las que se pueden considerar medidas más avanzadas. Es posible coincidir en que no se recomienda comenzar o mantener medidas de soporte desproporcionadas. Pero ¿cuáles son estas medidas desproporcionadas? Es necesaria una precisión semántica al tratar estos conceptos: hace falta distinguir las medidas desproporcionadas (sin una relación adecuada entre riesgo o coste y beneficio) de las extraordinarias (las que se salen de lo común u ordinario).

Las medidas extraordinarias lo son porque no hay costumbre de emplearlas, porque se salen de lo ordinario. Pero pueden ser o no ser proporcionadas y oportunas para el cuidado del enfermo. De hecho, cualquier tratamiento deja de ser extraordinario cuando se encuentran las circunstancias idóneas para aplicarlo: la microcirugía o el empleo de ventilación mecánica tienen su razón de ser en un tipo de enfermo muy concreto, para el que es una medida totalmente adecuada y proporcionada. Pero no es lógico intentar que se generalice su uso fuera de unos límites muy precisos.

Para definir una medida como adecuada o proporcionada es necesario integrar muchos criterios. Hay que conocer, por ejemplo: las expectativas y el pronóstico vital y funcional del enfermo, el deseo que nos haya manifestado él y/o su familia, la agresividad y las molestias que supone el tratamiento, el alivio sintomático y/o la mejoría en el pronóstico que puede aportar esa medida, la disponibilidad, la complejidad, la duración y el precio del tratamiento, el tiempo durante el cual se prevé que el tratamiento va a mantener su efecto y la probabilidad de tener que repetirlo periódicamente en las mismas circunstancias, etc. Cuando es necesario integrar tantas variables para hacer una valoración, es casi seguro que el factor personal y subjetivo influye decisivamente. Es preciso volver, por tanto, a las

líneas de actuación que más ayudan a orientar estos casos: el estudio, la experiencia y la comunicación con otras personas que también estén involucradas en la atención a estos enfermos.

Los problemas que se pueden considerar adecuado o no en un enfermo terminal se encuentran en el heterogéneo nivel 3 de Wanzer (9): atención médica general con fármacos (incluidos los antibióticos), cirugía, quimioterapia e hidratación y nutrición artificial. Un problema es el de los tratamientos parenterales que se pueden aportar a un enfermo terminal. Hasta hace poco había una contraposición casi total entre la posibilidad de administrar un tratamiento parenteral y la permanencia de un enfermo en su domicilio. Cualquier enfermo que necesitara o se pudiera beneficiar de un tratamiento parenteral se hacía acreedor a un ingreso hospitalario. Hoy en día la hidratación subcutánea ambulatoria es una medida accesible en diversos ambientes, en los que ya no es una medida extraordinaria, aunque pueda o no ser proporcionada. Sin embargo, la alimentación parenteral total muy raramente es una actitud proporcionada en un enfermo terminal y se considera un tratamiento extraordinario. La aparición de una infección aguda plantea si deben emplearse antibióticos y qué vía se debería utilizar. Hay casos en que sí que está justificado su uso: no se pretende alargar la vida sino evitar sufrimientos. En estos casos, un tratamiento aparentemente activo no se orienta a la supervivencia, la curación transitoria de un problema, sino a evitar padecimientos. En el caso de una infección estos pueden ser: confusión y/o agitación, molestias locales, mal olor... En otras circunstancias, el tratamiento no beneficia al enfermo pero puede aliviar la conciencia de los cuidadores. Finalmente, hay situaciones en las que el paliar signos (no síntomas) que presenta el enfermo y que inquietan a los cuidadores puede ser beneficioso para mantener un ambiente de acogida al paciente: un ejemplo muy representativo es el tratamiento de los estertores *premortem* que no indican ni inducen disnea en el enfermo pero generan una gran ansiedad en los familiares.

¿Cuál es la posición de la cirugía? También en este caso se puede hacer una gradación. Hay que tener en cuenta: la expectativa de vida del enfermo, la agresividad de la técnica, el alivio sintomático que pueda producir, el tiempo de postoperatorio, el riesgo de que la cirugía o el tratamiento de las complicaciones aparte al enfermo de sus allegados en sus últimos días, etc. Es posible que las intervenciones de cirugía mayor sólo estén justificadas en enfermos con una expectativa de vida superior a los tres meses. Esta medida es discutible, pero tiene un claro valor orientativo. Es diferente el caso de la cirugía paliativa que se pueda realizar de manera rápida y poco cruenta.

Por otra parte, no es suficiente justificación para plantear un tratamiento claramente desproporcionado la experiencia de algún caso con buena evolución, si sólo se trata de situaciones puntuales y anecdóticas, fuera de la práctica clínica habitual.

¿Se pueden suspender las medidas desproporcionadas? Sí, si sabemos cuáles son (25). Además, desde el punto de vista práctico, no es lo mismo *no instaurar* una serie de medidas que restringirlas o *suspenderlas* una vez que ya están en vigor (26). Para suspender un tratamiento una vez que está instaurado es preciso conocer si las circunstancias han cambiado desde cuando se consideró indicado. A veces no existe tal cambio pero es difícil tomar una decisión que

contradiga otra que se planteó previamente. Por eso, a la hora de comenzar cualquier tratamiento es necesario tener claro el *por qué* y el *hasta cuándo*: en qué momento es conveniente replantearlo para decidir si se continúa o no: *es fácil añadir tratamientos pero muy difícil suspenderlos*. Aunque es evidente que se trata de circunstancias especiales, las normas generales sobre la instauración de tratamientos proporcionados son válidas también a la hora de retirar medidas terapéuticas que aportan poco o nada al enfermo terminal.

La indicación de la mayor parte de los tratamientos depende del estado general, de los síntomas y del pronóstico del enfermo. En el paciente con cáncer avanzado, con deterioro físico y síntomas derivados de su tumor, sobre todo cuando no se plantea un tratamiento oncológico activo, el pronóstico suele estar limitado a corto o medio plazo. Pero no se puede equiparar un enfermo con un pronóstico de tres o seis meses con el de otro agónico o pre-agnónico: los dos son enfermos terminales, pero son muy diferentes a la hora de decidir cualquier actitud terapéutica. Las medidas que pueden ser adecuadas para remontar una complicación en el primer caso, el que de otra manera podría vivir meses, pueden y suelen ser desproporcionadas para el que ha entrado o está a punto de entrar en agonía. En estos casos, no se debe perder de vista el equilibrio entre la agresividad del tratamiento, el beneficio esperado y la probabilidad de alcanzar este beneficio. Los dos primeros parámetros son evidentes, no lo es tanto el tercero, más aún cuando, en general el pronóstico de cualquier medida terapéutica depende también del estado general del enfermo. Si un tratamiento (médico o quirúrgico) tiene unos visos de eficacia aceptables, desde el punto de vista clínico y deontológico, es lógico emplearlo. Este es el caso de las cirugías derivativas que permiten la alimentación o evitan la obstrucción intestinal o urinaria en enfermos sin otra limitación vital. O el uso de tratamientos médicos específicos para superar ciertas complicaciones metabólicas o de otro tipo. No obstante, intentar sentar indicaciones generales sin contemplar al enfermo en concreto es casi una garantía de error.

En muchas situaciones estos límites sobre la agresividad del tratamiento no son tan nítidos. Este es, por ejemplo, el caso de la hidratación parenteral, especialmente si se administra por vía subcutánea (27,28); puede estar justificada en un enfermo que sufre un problema agudo, que se complica con una deshidratación debida, por ejemplo, a un estado de delirio (el delirio es muy frecuente en el enfermo terminal, aparece en el 25-85% de los pacientes, suele ser multifactorial y, en ocasiones, reversible) (29). Si se supera la deshidratación y se trata el problema agudo es muy posible que el enfermo recupere su pronóstico inicial. En cambio, en el enfermo agónico sometido a una sedación no se rige por los mismos criterios de cara a una hidratación parenteral.

En general, en los tratamientos médicos, en caso de duda es coherente plantear un tratamiento de prueba durante un tiempo prudencial (24-72 horas). Si, una vez pasado este tiempo, no se aprecia mejoría estaría indicado suspenderlo. En la tabla III se proponen soluciones a diversas situaciones clínicas que se pueden plantear en relación con la instauración y/o el mantenimiento de diversos tratamientos en el enfermo oncológico terminal. Hay una obligación de respetar la decisión que el enfermo haya adopta-

**TABLA III**  
**POSIBLES SOLUCIONES SOBRE LA INSTAURACIÓN**  
**Y/O EL MANTENIMIENTO DE TRATAMIENTO**  
**EN EL ENFERMO ONCOLÓGICO TERMINAL**

<i>Ingreso hospitalario</i>	Debe basarse en las necesidades del paciente y de la familia, a la vez que se mantiene el criterio elemental de justicia. Es necesario cuando sólo se puede alcanzar un control sintomático adecuado dentro del Hospital.
<i>Cuidados de enfermería</i>	En general deben mantenerse durante todo el tiempo. Los que pueden resultar más molestos se pueden suprimir en fases muy avanzadas: cambios posturales, desbridamiento de escaras o fisioterapia. El sondaje urinario es poco agresivo y puede reducir el malestar en algunos enfermos con incontinencia o retención.
<i>Control del dolor</i>	Se deben mantener y adaptar los tratamientos analgésicos en todo momento, independientemente del pronóstico del enfermo o de que su empleo pueda producir, indirectamente, un acortamiento de la supervivencia.
<i>Control de síntomas</i>	Para el tratamiento de la disnea, la ansiedad, el delirio y otros síntomas frecuentes en la fase terminal se siguen los mismos criterios que para el control del dolor.
<i>Nutrición</i>	Es adecuado mantener la nutrición por vía oral mientras el paciente la tolere. Sólo se recomienda la nutrición enteral por otra vía (sonda nasogástrica, gastrostomía) si la alimentación puede modificar significativamente la supervivencia o la calidad de vida. No se recomienda la nutrición parenteral.
<i>Hidratación</i>	El criterio básico es similar al que se emplea en la nutrición. Aunque en ocasiones puede suponer un riesgo (sobrecarga de líquidos), la hidratación parenteral (intravenosa o subcutánea) puede prevenir o aliviar síntomas neurológicos, a veces de origen yatrogénico, en algunos enfermos.
<i>Oxigenoterapia</i>	Es una medida muy poco agresiva. Se recomienda si su uso puede suponer un beneficio subjetivo para el paciente: alivio de la disnea o sensación de seguridad.
<i>Transfusión de sangre</i>	Puede producir alivio de los síntomas derivados de una anemia importante. No parece adecuado mantener un ritmo de transfusiones elevado (con intervalos inferiores a 1-2 semanas) si la hemorragia o el origen de la anemia no se controlan. Cuando al sangrado se asocian otras complicaciones potencialmente letales a corto plazo, puede ser oportuno limitar la indicación de transfusiones.
<i>Antibióticos</i>	Pueden estar indicados si el control de una infección se asocia a un alivio sintomático: disfagia, disuria, mal olor, dolor, disnea... Si la infección es resistente al tratamiento estándar no suele haber indicación de iniciar una segunda línea de antibióticos.
<i>Otros fármacos</i>	En fases avanzadas se recomienda simplificar la medicación y limitarla a los fármacos con una utilidad inmediata; normalmente será medicación sintomática.
<i>Pruebas diagnósticas complementarias</i>	Los estudios de imagen (radiografías, etc.) y los de laboratorio pueden limitarse salvo cuando puedan ser útiles para aliviar algún problema o puedan aportar datos necesarios sobre el pronóstico.

do con libertad en relación con su tratamiento. Por ese motivo el paciente o, al menos, quien lo represente debe participar en las decisiones, sobre todo si se opta por mantener o retirar unas medidas de soporte o por iniciar una sedación.

## SEDACIÓN

Cada día conocemos mejor las indicaciones y los límites de la sedación pero nos seguimos planteando en muchos casos las preguntas básicas sobre la sedación: *¿cómo y cuándo?* (30,31). En enfermos terminales tanto la omisión de medidas heroicas como la sedación son opciones terapéuticas válidas (32), pero hace falta seleccionar los enfermos y las circunstancias para aplicarlas. Y sigue siendo necesario definir mejor las fronteras que separan la sedación de otras actitudes ante el enfermo terminal como son la ausencia de asistencia, la eutanasia o el suicidio asistido (33-35). De hecho, los argumentos que intentan defender cada una de estas medidas se solapan con frecuencia y da la impresión de que todos parten de una misma base y buscan un mismo objetivo pero por caminos diferentes. En ocasiones parece que el debate es más aparente que real ya que pocos niegan la eficacia de la medicina paliativa y plantean las demás soluciones como una alternativa cuando no encuentran otro camino para el alivio de los síntomas graves (36).

Por tanto, la sedación se plantea como una medida terapéutica paliativa en el enfermo terminal cuando hay un sufrimiento desproporcionado y los demás tratamientos se han mostrado ineficaces. La sedación no es una opción de tratamiento obligada; no siempre es necesaria y ni siquiera conveniente (37): hay ocasiones en que la muerte digna se traduce en el reconocimiento consciente de la propia situación por parte del enfermo, que afronta sus últimos momentos sin sufrimientos pero con lucidez y en el ambiente físico y humano oportuno (38).

Propiamente, por sedación se entiende la disminución del nivel de conciencia del enfermo (39). Desde este punto de vista es un arma terapéutica útil en varios campos de la medicina (anestesia, cuidados intensivos), no sólo en la atención a pacientes terminales. La sedación como tal puede ser de dos tipos, con diferentes planteamientos clínicos y diferentes repercusiones bioéticas, aunque con un efecto final común:

- pretendida directamente, cuando el objetivo principal es reducir el nivel de conciencia (dormir al enfermo).
- secundaria a la administración de dosis probablemente altas de los fármacos que se emplean para aliviar los síntomas o signos refractarios como: dolor, ansiedad, disnea (40), delirio (41), etc.

Del 15 al 50% de los enfermos oncológicos atendidos en unidades especializadas fallecen bajo los efectos de una sedación. El porcentaje, evidentemente, es importante. Y también lo es la variabilidad de criterios, que lleva a que se encuentre una gran diferencia en estas tasas (42). Llama la atención que en uno de cada tres enfermos se puede indicar o no indicar la sedación según se le atienda en uno u otro centro. Puede deberse a que el concepto clínico de síntoma refractario tiene un matiz de subjetividad importante (43). No siempre se puede afirmar directamente cuándo el dolor, la disnea, el delirio (44) o la angustia son síntomas refracta-

rios. A la vista de lo difícil que es asentar un criterio; ¿cómo se puede saber si hace falta plantear una sedación en un enfermo terminal? Se acepta el empleo de fármacos para aliviar el sufrimiento aunque puedan indirectamente reducir el tiempo de vida del enfermo (45). Es lógico recordar la norma del doble efecto que, aunque antigua, vuelve a estar presente en la actualidad y a ser motivo de controversia (46,47). En concreto, antes de plantear, por ejemplo y si llegare el caso, la sedación de estos enfermos, se debe intentar alcanzar un control de los síntomas adecuado con dosis más reducidas o con otros fármacos alternativos o coadyuvantes: intentar previamente estas líneas terapéuticas es una medida básica antes de plantear otros tratamientos. De hecho, poco a poco estamos llegando a clarificar los conceptos sobre la sedación y a sugerir unas líneas generales a seguir para practicarla (43): confirmar que se trata de un síntoma refractario a los tratamientos habituales, actuar de acuerdo con el principio del doble efecto, seleccionar los fármacos en las dosis mínimas, que se necesiten para controlar los síntomas y ajustándolas según precise el enfermo.

¿Hay que informar al enfermo sobre la posibilidad y/o indicación de una sedación? Y, si es así; ¿cómo? En teoría, siempre habría que contar con la decisión del enfermo. Pero en nuestra cultura la comunicación del diagnóstico de cáncer y la información sobre la evolución tiene características propias (48). Además, la experiencia nos dice que el enfermo que reúne las condiciones para precisar una sedación no suele estar en condiciones mentales para recibir e interpretar una información mínimamente elaborada. De hecho, se delega la decisión al acuerdo de la familia y el médico. Otra posibilidad es intentar recibir su consentimiento previamente para poder actuar en consecuencia si llegara el momento.

Los síntomas que con más frecuencia suelen llevar a plantear una sedación en un enfermo terminal son: disnea, dolor, delirio o agitación, vómitos incoercibles y hemorragias catastróficas. Llama la atención que muchos de estos enfermos, con síntomas aparentemente refractarios y candidatos a recibir una sedación, pueden alcanzar un control sintomático aceptable cuando son valorados por otros especialistas. Otro problema que se podría plantear es la sedación como mecanismo cercano a una eutanasia activa en enfermos que, por sus sufrimientos, desean adelantar la muerte. En nuestro medio el riesgo de suicidio en el enfermo oncológico terminal es mínimo, probablemente inferior al 1‰ (1/1.000) (49,50), y no supera el de una población sana de características similares. Y es experiencia común que en las muy escasas situaciones en que el enfermo terminal pide que se le acorte la vida, lo que se traduce es una demanda de atención, de esperanza y el deseo de no sentirse una carga (51). No parece, por tanto lógico, plantear una sedación por el teórico deseo del enfermo de que le acorten sus últimos días (para no padecer o para no ser una carga para sus allegados) o por un posible riesgo de suicidio (habitualmente esgrimido por la familia del paciente) si aparecen una serie de síntomas o problemas. La solución en este caso suele venir por otro camino, pero exige más atención y más interés en el entorno del enfermo.

¿Se puede considerar que la sedación es un camino sin retorno? La respuesta en términos generales es: sí. Pero son necesarias varias matizaciones. Efectivamente, una de las características de la sedación en el enfermo terminal, que la distinguen de la que se emplea en otras áreas de la

medicina (anestesia, cuidados intensivos), es que se considera definitiva y al enfermo no se le somete a un control estrecho de las constantes. Sin embargo el concepto de sedación, en la práctica, no se ve como un cambio de actitud de fondo en el control de síntomas de un enfermo oncológico terminal. Es muy frecuente que se alcance una sedación por una mezcla del deterioro clínico, neurológico y metabólico y un aumento progresivo de la medicación sedante necesaria para controlar síntomas. De hecho, la medicación que se emplea en la sedación (opioides, benzodiazepinas, neurolépticos, etc.) coincide con la que se suele emplear en el enfermo terminal para control de síntomas mientras permanece consciente. En estos casos la sedación no es un cambio brusco. En los pacientes terminales en los que se pauta una sedación para controlar síntomas agudizados e incontrolables (disnea, delirio) se puede plantear una *vuelta atrás* si cabe esperar que la situación clínica revierta o se decide intentar una línea terapéutica diferente pero con suficientes expectativas.

## CONCLUSIÓN

En resumen, es preciso recordar una serie de normas básicas que pueden ser útiles a la hora de decidir los tratamientos en un enfermo terminal:

- Es preciso individualizar la decisión terapéutica para cada enfermo.
- Cualquier actitud que influya directamente sobre el tratamiento de un enfermo terminal y afecte su expectativa de vida debería ser adoptada de manera colegial por parte de los que le atienden. Al menos, habría que escuchar a quienes tengan un seguimiento mayor de ese paciente, quienes lo hayan valorado con mayor frecuencia en los últimos días y el personal que tenga más experiencia en esa patología. No es extraño que todas estas características recaigan en una misma persona.
- Si es posible, se debería conocer y respetar no sólo la actitud y/o decisión de la familia sino también la del paciente.
- No se deben suprimir los cuidados elementales de higiene y bienestar ni la medicación elemental que controle los síntomas principales: dolor, disnea...
- Se pueden omitir y/o suspender los tratamientos médicos que no se dirijan a producir un alivio si es previsible que no modifiquen de manera significativa el pronóstico del enfermo.
- En enfermos terminales con síntomas refractarios se puede plantear una sedación como última medida de control de síntomas. Es preciso confirmar con la opinión de más de una persona, que se trata de síntomas refractarios y que se ha realizado una valoración, aunque sea elemental, para descartar otras causas potencialmente tratables.

### CORRESPONDENCIA

Álvaro Sanz Rubiales  
Servicio de Oncología  
Hospital Universitario de Valladolid  
c/ Ramón y Cajal 3  
47011 Valladolid



# Bibliografía

1. García Marcos F. Ética en el tratamiento de pacientes con cáncer. Cuadernos de Bioética 1998; 9: 246-265.
2. Simón Lorda P, Couceiro Vidal A. Decisiones éticas conflictivas en torno al final de la vida: una introducción general y un marco de análisis. Oncología 1995; 18: 2-19.
3. Donaldson MS, Field MJ. Measuring quality of care at the end of life. Arch Intern Med 1998; 158: 121-128.
4. American Society of Clinical Oncology. Cancer care during last phase of life. J Clin Oncol 1998; 16: 1986-1996.
5. Sanz Ortiz J, Gómez Batiste Alentorn X, Gómez Sancho M, Núñez Olarte JM. Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1993.
6. Kassirer JP. (Editorial comment). N Engl J Med 1997; 336: 50.
7. Maltoni M, Pirovano M, Scarpi, et al. Prediction of survival of patients terminally ill with cancer. Results of an Italian prospective multicentric study. Cancer 1995; 75: 2613-1622.
8. Porta Sales J, Nabal Vicuña M, Viñas Salas J. Predicción de la supervivencia en los pacientes con neoplasias en fase terminal. Medicina Paliativa 1997; 4: 5-9.
9. Wanzer SH, Adelstein SJ, Cranford RE, et al. The physician's responsibility toward hopelessly ill patients. N Engl J Med 1984; 310: 955-959.
10. Wanzer SH, Ferderman AD, Adelstein SJ, et al. The physician's responsibility toward hopelessly ill patients. A second look. N Engl J Med 1989; 320: 844-849.
11. Rowland LP. Assisted suicide and alternatives in amyotrophic lateral sclerosis. N Engl J Med 1998; 339: 987-989.
12. Emanuel EJ, Emanuel LL. The promise of a good death. Lancet 1998; 341 (Suppl. 2): S21-S29.
13. European Organization for Research and Treatment of Cancer. A practical guide to EORTC studies. EORTC; Bruselas; 1994.
14. Tucker KL. Treatment of pain in dying patients. N Engl J Med 1998; 338: 1231.
15. National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services. Artificial hydration for people who are terminally ill. Eur J Palliat Care 1997; 4: 124.
16. Miller FG, Meier DE. Voluntary death: a comparison of terminal dehydration and physician-assisted suicide. Ann Intern Med 1998; 128: 559-562.
17. Lynn J. Terminal sedation. N Engl J Med 1998; 338: 1230.
18. Expósito MC, Bruera E. Enfoque terapéutico de la deshidratación en pacientes con cáncer terminal. Medicina Paliativa 1996; 3: 59-65.
19. Bruera E, Franco JJ, Maltoni M, Watanabe S, Suarez-Almanzor M. Changing pattern of agitated impaired mental status in patients with advanced cancer: association with cognitive monitoring, hydration and opiate rotation. J Pain Symptom Manage 1995; 10: 287-291.
20. Wall PD. Un nuevo mito sobre el uso de narcóticos. Rev Soc Esp Dolor 1998; 5: 341-342.
21. Glaus A. Fatigue: an orphan topic in patients with cancer. Eur J Cancer 1998; 34: 1649-1651.
22. Adam J. The last 48 hours. Br Med J 1997; 315: 1600-1603.
23. Printz LA. Terminal dehydration, a compassionate treatment. Arch Intern Med 1992; 152: 697-700.
24. Gagnon B, Bruera E. A review of the drug treatment of cachexia associated with cancer. Drugs 1998; 55: 675-688.
25. Dickey NW. Withholding or withdrawing life-prolonging medical treatment. JAMA 1986; 256: 471.
26. Castillo Valery A. Limitación de medidas terapéuticas. Cuadernos de Bioética 1996; 7: 483-492.
27. Micetich KC, Steinecker PH, Thomasma DC. Are intravenous fluids morally required for a dying patient? Arch Intern Med 1983; 143: 975-978.
28. Yan E, Bruera E. Parenteral hydration in terminally ill cancer patients. En: Bruera E, Faisinger RL, editores. Palliative care medicine. Patient based learning. 1<sup>st</sup> edition. Edmonton: University of Alberta Press; 1995. p. 155-161.
29. Shuster JR. Delirium, confusion, and agitation at the end of life. J Pall Med 1998; 1: 177-186.
30. Rousseau PD. Terminal sedation in the care of dying patients. Arch Intern Med 1996; 156: 1785-1786.
31. Porta J. Sedación, ¿lo tenemos claro? Medicina Paliativa 1997; 4: 147-148.
32. Brody H, Campbell ML, Faber-Langendoen K, Ogle KS. Withdrawing intensive life-sustaining treatment. Recommendations for compassionate clinical management. N Engl J Med 1997; 336: 652-657.
33. Blijham GH. Euthanasia, physician-assisted suicide and palliative care. Ann Oncol 1996; 7: 879-882.
34. Quill TE, Lo B, Brock DW. Palliative options of last resort. A comparison of voluntarily stopping eating and drinking, terminal sedation, physician-assisted suicide, and voluntary active euthanasia. JAMA 1997; 278: 2099-2104.
35. Quill TE, Meier DE, Block SD, Billings JA. The debate over physician-assisted suicide: empirical data and convergent views. Ann Intern Med 1998; 128: 552-558.
36. Herxheimer A. Euthanasia and palliative care: a pseudoconflict? Lancet 1996; 348: 1187-1188.
37. Donaldson MS, Field MJ. Measuring quality of care at the end of life. Arch Intern Med 1998; 158: 121-128.
38. Roy D. Need they sleep before they die? J Palliat Care 1991; 6: 3-4.
39. Barbero J, Camell H. Sedación y paciente terminal: la conciencia perdida. Medicina Paliativa 1997; 4: 170-178.
40. Porta Sales J, Nabal Vicuña M, Palomar Naval C, Naudi Farré C, Ramírez Llarás M. Síntomas respiratorios en cuidados paliativos (I): disnea. Medicina Paliativa 1997; 4: 35-44.
41. Muñoz García D, Espauella Panicot J, Llimós Vilardell A, Ferrer Solá M, Pérez-Castejón Garrote JM, Roca Casas J. Delirium en pacientes con cáncer avanzado y/o terminal ingresados en una unidad de cuidados paliativos. Medicina Paliativa 1997; 4: 62-67.
42. Chater S, Viola R, Paterson J, Jarvis V. Sedation for intractable distress in the dying. A survey of experts. Pall Med 1998; 12: 255-269.
43. Cherny NI, Portenoy RK. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. J Pall Care 1994; 10: 31-38.
44. de Stoutz ND, Tapper M, Fainsinger RL. Reversible delirium in terminally ill patients. En: Bruera E, Faisinger RL, editores. Palliative care medicine. Patient based learning. 1st edition. Edmonton: University of Alberta Press; 1995. p. 118-125.
45. Catecismo de la Iglesia Católica. Asociación de Editores del Catecismo. Madrid; 1992.
46. Quill TE, Dresser R, Brock DW. The rule of double effect. A critique of its role in end-of-life decision making. N Engl J Med 1997; 337: 1768-1771.
47. Preston TA. The rule of double effect. N Engl J Med 1998; 338: 1389.
48. Centeno Cortés C, Núñez Olarte JM. Estudios sobre la comunicación del diagnóstico de cáncer en España. Med Clin (Barc) 1998; 110: 744-750.
49. Navarro Marrero MA, Gómez Sancho M, Ojeda Martín M. Suicidio y enfermo oncológico terminal. Medicina Paliativa 1997; 4: 179-182.
50. Periman P. Suicide among cancer patients. J Clin Oncol 1998; 16: 2292.
51. Lacave AJ. Euthanasia: less confusion from the professional point of view. Ann Oncol 1993; 4: 794.

## Sedación terminal; Aspectos éticos

Uno de los objetivos de la bioética, en lo que respecta a la relación asistencial con el enfermo, cualquiera que sea su patología, será la búsqueda de soluciones concretas a casos clínicos concretos, siempre que se originen conflictos, lo cual ocurre con mucha frecuencia en la situación de enfermedad terminal, prácticamente siempre que se toma una decisión.

La bioética entrará en acción cuando aparezca la posibilidad de elegir entre varias opciones, que a veces podrán ser completamente contradictorias. Ante la falta de una certeza absoluta, el dilema consistirá en buscar la forma más adecuada para tomar la mejor decisión, es decir, cómo diferenciar lo correcto de lo incorrecto.

Considero que es positivo el hecho de que cada vez que un profesional se plantee la cuestión de cómo actuar en la difusa frontera que separa la vida de la muerte, reflexione, a ser posible en colaboración con el enfermo, su familia y el resto del equipo asistencial, sobre la actitud a tomar y se trate el problema de manera individualizada. Lo habitual es tener dudas en la toma de decisiones ante esta situación, por lo que la prudencia será la mejor consejera, y resultaría pretencioso creerse en posesión de la certeza absoluta.

La sedación terminal ha sido definida como “la administración deliberada de fármacos para producir una disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé próxima, con la intención de aliviar un sufrimiento físico y/o psicológico inalcanzable con otras medidas y con el consentimiento explícito, implícito o delegado del paciente”. Tenemos que entender que la sedación terminal no es lo mismo que la eutanasia, y ética y moralmente son tomadas de manera diferente, la sedación terminal esta mejor aceptada que la eutanasia que esta no es bien vista en muchos lugares y solo en algunos lugares del mundo está legalizada.

La eutanasia activa se podría definir como la intervención activa y directa para provocar en un enfermo, generalmente con grandes sufrimientos, la muerte que pide de forma voluntaria y en completa libertad. Desde el punto de vista moral, debería diferenciarse la eutanasia solicitada por un paciente afecto de una enfermedad terminal con gran sufrimiento, a pesar de habersele aplicado todos los medios que dispone una medicina paliativa de calidad para su control, de aquella solicitada por un paciente afecto de una enfermedad crónica que no cumple criterios de terminalidad o incluso de la solicitada por un paciente en situación de enfermedad terminal con sus problemas más o menos controlados y con una calidad de vida aceptable

## La sedación terminal. Aspectos éticos

A. AZULAY TAPIERO

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Dr. Moliner. Serra, Valencia*

### TERMINAL SEDATION. ETHIC ASPECTS

#### RESUMEN

La bioética es una disciplina que, para bien o para mal, en ocasiones se caracteriza por generar más dudas o preguntas que soluciones o respuestas ante cualquier cuestión o dilema que se plantee. El tema de la sedación terminal es un claro ejemplo de ello.

La sedación ante el sufrimiento intenso que no responde al tratamiento convencional en el paciente en situación de enfermedad terminal es una medida habitual en la práctica de los cuidados paliativos que plantea importantes conflictos bioéticos.

Se revisan los dilemas éticos que surgen ante esta decisión.

**PALABRAS CLAVE:** Sedación terminal. Eutanasia. Cuidados Paliativos. Bioética.

#### ABSTRACT

*For better or for worse, bioethics is a discipline that, on occasion, presents more doubts and questions than solutions or answers for the variety of issues it implies.*

*Sedation—as it concerns the terminally ill patient—is a clear example of one such issue.*

*Sedation, used to diminish the intense suffering of those terminally ill patients who do not respond to conventional treatment, is a standard method by which the practice of palliative care presents often significant bioethical conflicts.*

*I reconsider these ethical dilemmas that occur as a result of this decision.*

**KEY WORDS:** Terminal sedation. Euthanasia. Palliative Care. Bioethics.

*Azulay Tapiero A. La sedación terminal. Aspectos éticos. An Med Interna (Madrid) 2003; 20: 645-649.*

#### INTRODUCCIÓN

Uno de los objetivos de la bioética, en lo que respecta a la relación asistencial con el enfermo, cualquiera que sea su patología, será la búsqueda de soluciones concretas a casos clínicos concretos, siempre que se originen conflictos, lo cual ocurre con mucha frecuencia en la situación de enfermedad terminal, prácticamente siempre que se toma una decisión. La bioética entrará en acción cuando aparezca la posibilidad de elegir entre varias opciones, que a veces podrán ser completamente contradictorias. Ante la falta de una certeza absoluta, el dilema consistirá en buscar la forma más adecuada para tomar la mejor decisión, es decir, cómo diferenciar lo correcto de lo incorrecto, lo que es bueno de lo que es malo o incluso cómo escoger la mejor opción entre varias opciones

correctas. Cuando entran en juego los problemas esenciales de la vida y la muerte, como ocurre cuando se plantea la sedación previsiblemente irreversible ante un sufrimiento que no puede ser aplacado por otros métodos, la responsabilidad aumenta, aparecen contradicciones y esta búsqueda se hace más complicada.

Considero que es positivo el hecho de que cada vez que un profesional se plantea la cuestión de cómo actuar en la difusa frontera que separa la vida de la muerte, reflexione, a ser posible en colaboración con el enfermo, su familia y el resto del equipo asistencial, sobre la actitud a tomar y se trate el problema de manera individualizada. Lo habitual es tener dudas en la toma de decisiones ante esta situación, por lo que la prudencia será la mejor consejera, y resultaría pretencioso creerse en posesión de la certeza absoluta.

*Trabajo aceptado:* 6 de junio de 2003

*Correspondencia:* Armando Azulay Tapiero. Hospital Dr. Moliner. Portaceli, s/n. 46118 Serra, Valencia

La sedación terminal, dentro de una praxis correcta, es decir, estando correctamente indicada y bien aplicada, en algunos casos, precipita la muerte del enfermo o contribuye a que ésta se produzca, situaciones que podrían ser equiparables a una forma de eutanasia activa o, por lo menos, ser causa de multitud de dudas y contradicciones entre los profesionales que la practican. Existen situaciones oscuras en donde la distinción entre eutanasia y ortotanasia pueda no quedar clara (1).

Antes de entrar en la discusión y en las conclusiones, que reflejan reflexiones personales, es necesario definir los tres conceptos que a continuación se detallan y puntualizar algunas observaciones sobre ellos:

- Sedación terminal.
- Doctrina del doble efecto.
- Eutanasia activa.

#### SEDACIÓN TERMINAL

La sedación terminal ha sido definida como “la administración deliberada de fármacos para producir una disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé próxima, con la intención de aliviar un sufrimiento físico y/o psicológico inalcanzable con otras medidas y con el consentimiento explícito, implícito o delegado del paciente” (2).

La sedación terminal pone en evidencia que la Medicina Paliativa, a pesar de constituir la manera más efectiva para atender a un enfermo en situación de enfermedad terminal, tiene algunas limitaciones, pues en ocasiones no llega a evitar el sufrimiento.

Coincidiendo con Barbero y Camell en el análisis ético que realizan sobre esta modalidad de tratamiento, en este artículo se hace referencia exclusivamente a “la sedación profunda, objetivo primario de la intervención, indefinida y por tanto irreversible y cuyo objetivo es evitar una situación muy aversiva y de muy difícil control por otros medios” (3). Sólo se hace referencia a la que se realiza cuando está perfectamente establecido el diagnóstico de enfermedad terminal y la muerte próxima es una certeza absoluta.

En una revisión realizada sobre la sedación terminal se objetiva, entre otros aspectos, que (4):

—Es una práctica habitual en las unidades de cuidados paliativos, aunque existe una variabilidad importante en lo que se refiere a su uso: según varias series analizadas (5-8), del 16 al 52% de los enfermos oncológicos atendidos en unidades especializadas, fallecen bajo los efectos de una sedación.

—La media de supervivencia de los pacientes, una vez iniciada la sedación, fue de 2,4 días, variando entre 1,3 y 3,9 días, según los trabajos revisados.

#### DOCTRINA DEL DOBLE EFECTO

La doctrina del doble efecto se plantea ante la siguiente cuestión: ¿es lícito realizar una acción en la que, además de conseguirse un efecto bueno, se consigue también un efecto malo? Esta incertidumbre paraliza la decisión del sujeto, ya que el efecto bueno impulsa a realizar la acción y el efecto malo a no realizarla atendiendo al principio ético de “*bonum*

*faciendum et malum vitandum*” (hacer lo bueno y evitar lo malo).

Hay varios autores (9-11) que enmarcan a la sedación terminal dentro de esta doctrina, ampliamente aceptada y ratificada por la Iglesia Católica (12), que la considera una herramienta muy útil y fundamental, éticamente correcta, en la toma de decisiones ante un sufrimiento intenso.

En esencia, esta doctrina establece que una acción con dos o más efectos posibles, incluyendo al menos uno bueno (en el caso que nos ocupa, aliviar el sufrimiento intenso) y otros malos (debilidad extrema, imposibilidad para la ingesta, disminución del nivel de conciencia, depresión respiratoria, hipotensión y, en definitiva, un previsible acortamiento de la vida), es moralmente permisible si se cumplen las siguientes condiciones (10,13,14):

- La acción no debe ser inmoral en sí misma.
- La intención debe ser lograr el efecto bueno.
- La acción no debe conseguir el efecto bueno a partir de uno malo.

—La acción debe ser emprendida debido a una razón de gravedad proporcionada (regla de proporcionalidad); es decir, las consecuencias positivas deben pesar más que las negativas.

#### EUTANASIA ACTIVA

La eutanasia activa se podría definir como la intervención activa y directa para provocar en un enfermo, generalmente con grandes sufrimientos, la muerte que pide de forma voluntaria y en completa libertad (15).

Desde el punto de vista moral, debería diferenciarse la eutanasia solicitada por un paciente afecto de una enfermedad terminal con gran sufrimiento, a pesar de haberse aplicado todos los medios que dispone una medicina paliativa de calidad para su control, de aquella solicitada por un paciente afecto de una enfermedad crónica que no cumple criterios de terminalidad o incluso de la solicitada por un paciente en situación de enfermedad terminal con sus problemas más o menos controlados y con una calidad de vida aceptable. En el primer caso, que es al que se refiere exclusivamente este trabajo, la petición es más comprensible y parece más justificada, ya que los problemas no están resueltos, se han agotado todas las medidas disponibles para aplacarlos, son motivo de gran sufrimiento y la muerte se prevé próxima, independientemente de la actitud que se adopte.

La eutanasia activa, en este contexto, puede ser considerada un acto humanitario en el que se pretende que prime el interés del enfermo mentalmente competente, que ha expresado su deseo reiteradamente y sin ninguna clase de coacción.

#### DISCUSIÓN

Resulta complejo plantearse cuál es la forma más correcta de ayudar a morir o qué tratamiento aplicar al enfermo que padece un sufrimiento intenso refractario a cualquier medida terapéutica y abocado de forma irremediable hacia la muerte próxima.

Considero que no hay que ser absolutistas en la ética de los cuidados que se prestan al enfermo en situación terminal avanzada; en principio, la eutanasia activa no debería ser per-

misible pero, en casos excepcionales, se podría discutir su tolerabilidad moral. Si es que existe alguna circunstancia en la que pueda justificarse la eutanasia, es en la que nos encontramos.

Tanto la sedación terminal como la eutanasia activa se realizan utilizando agentes farmacológicos que, por su naturaleza o por las dosis empleadas, pueden acortar la vida del enfermo en el primer caso o eliminarla con total seguridad en el segundo. En la eutanasia activa los métodos empleados producirán la muerte de manera inmediata, como mucho al cabo de unos minutos, mientras que en la sedación terminal, si es que contribuye a que se produzca la muerte, ésta ocurrirá en un plazo de tiempo más largo, generalmente en cuestión de pocos días, de ahí que en ciertos círculos haya recibido el calificativo de “eutanasia lenta”.

El hecho de que la media de supervivencia de los pacientes una vez iniciada la sedación sea de pocos días, tal y como se constata en la revisión anteriormente citada (4), aunque no es raro el caso de pacientes que vivan más de una semana en esta situación, puede tener dos significados: que la sedación terminal se aplica cuando la enfermedad está ya en una fase muy avanzada y la muerte muy próxima, o que realmente produce un acortamiento significativo de la vida del enfermo de modo que, si no se aplicase, el enfermo viviría más tiempo; en este segundo caso, la frontera entre sedación terminal y eutanasia activa es prácticamente imperceptible, quedaría muy difusa. En muchos casos nunca se podrá saber cuánto tiempo viviría el enfermo en caso de no instaurarse la sedación.

Aunque a primera vista el tiempo de supervivencia media pueda parecer corto una vez instaurada la sedación, la noción del paso del tiempo varía ante situaciones de gran estrés y preocupación, que sin duda están presentes en el enfermo y en su familia. El tiempo cronológico pasa a un segundo plano y adquiere más relevancia el tiempo existencial, que es vivido de forma muy intensa. La calidad de vida durante estas horas, en el mejor de los casos, o durante algunos días, como ocurre generalmente, suele ser nefasta para el enfermo y vivida con gran ansiedad y preocupación por la familia que ve a su ser querido deteriorándose de forma rápida, postrado, sin comer ni beber y respirando con dificultad, llegando incluso a desear que la muerte se produzca lo antes posible.

La eutanasia activa voluntaria, cuando la muerte es una certeza absoluta y está próxima, conseguiría evitar este periodo de gran estrés y sufrimiento.

En la práctica resulta difícil encontrar el punto exacto que delimite la dosis terapéutica de la dosis letal de un fármaco utilizado para producir una sedación profunda. En ocasiones, es necesario utilizar dosis muy elevadas de fármacos para conseguir el objetivo, dosis que en algunas personas podrían llegar a ser letales. Al respecto, Couceiro Vidal y Núñez Olarte publicaron un trabajo (16) donde hacen referencia a las dosis que se utilizan en su Unidad de Cuidados Paliativos cuando se plantean como objetivo la sedación terminal: cuando se utiliza el Midazolam, hablan de dosis máximas de 160-200 mg/día, con respecto a la Levomepromazina, llegan a utilizar hasta 300 mg/día y con el Fenobarbital, llegan hasta los 1.600 mg/día. Otros autores (17) publican dosis máximas de 240 mg/día de Midazolam. Incluso se ha comunicado el caso de una enferma con disnea refractaria y ansiedad que requirió 1.440 mg/día de Midazolam para conseguir una sedación efectiva (18).

La sedación terminal, en líneas generales es más discuti-

ble, plantea más dilemas éticos y es menos aceptada cuando el sufrimiento es de origen psicológico que cuando es producido por síntomas físicos (3,10), pero conviene aclarar aquí que en la enfermedad terminal el dolor es casi siempre mixto, físico y psicoemocional, y este último puede ser tan real como el primero y en ocasiones más insoportable.

Es imprescindible, para que pueda aplicarse la sedación terminal, contar con el consentimiento implícito, explícito o delegado del enfermo o bien con el de su familia cuando éste no es competente, todos ellos bien informados; en ocasiones los deseos del enfermo y los de la familia son discordantes, por lo que, atendiendo al principio de autonomía, los del paciente deben ser prioritarios. Nunca debería realizarse por iniciativa de la familia o de los mismos profesionales sanitarios bajo el pretexto subjetivo de que el paciente está sufriendo mucho. A veces sorprende el hecho de que no se cuestionen estas intervenciones cuando se realizan sin haber consultado al paciente y sin conocer su opinión al respecto (19,20).

También es cierto, y quizás éste sea uno de los motivos por el que muchas veces no se cuente con el consentimiento del enfermo, que informar a un paciente sobre la posibilidad de que se le aplique esta medida terapéutica como única solución para controlar su sufrimiento es una tarea muy difícil y requiere, además de una buena formación y disponer de habilidades y entrenamiento en técnicas de información y comunicación, una estrecha relación entre el personal sanitario y el paciente basada en la empatía, la confianza mutua, el respeto, la seguridad en que siempre se va a proponer lo que se considera correcto, la información veraz, que en estas condiciones es muy difícil de asimilar, el compromiso de apoyo constante y la autonomía del paciente para que pueda decidir con total libertad y sin coacción. Lo ideal sería adelantarse a los acontecimientos y llegar a un consenso con él con respecto a las medidas a adoptar en caso de necesidad, a ser posible antes de que haya entrado en la fase terminal de su enfermedad.

Es necesario recordar aquí que muchos enfermos prefieren soportar cierto sufrimiento antes que someterse a un estado de inconsciencia irreversible cuando la muerte se aproxima; prefieren una muerte consciente y vivir la experiencia. También podría darse el caso de que muchos pacientes acepten la sedación terminal como única alternativa válida a su petición de eutanasia activa. Cualquier elección debe respetarse: la persona en situación terminal debe poder decidir en cuanto a las circunstancias de su muerte.

Resulta muy complejo decidir en qué situaciones lo adecuado es optar por la sedación terminal, anular la vida de relación del enfermo de forma irreversible, producir la “muerte social”. En líneas generales, debe existir la obligación ética de no privar de la conciencia al enfermo sin verdadera necesidad y sin su consentimiento. Debería estar protocolizada su instauración y ser aplicada con suma prudencia y lucidez por profesionales expertos que consideren agotadas todas las demás medidas terapéuticas, pidiendo segundas opiniones y en el seno de un equipo interdisciplinar con experiencia en el tratamiento de este tipo de pacientes. Los comités de bioética, que deberían estar presentes en todas las instituciones sanitarias, deberían estudiar cada caso detenidamente y adoptar sus conclusiones para la toma de decisiones. Si la sedación se aplica a la ligera y sin las premisas anteriormente descritas, podría darse el caso de que se esté ocultando y consintiendo una eutanasia activa encubierta en enfermos con posibilida-

des, aunque sean remotas, de vivir más tiempo y con una calidad de vida más o menos aceptable, con todas las consecuencias éticas que implica y legales que podría implicar.

Resulta verdaderamente difícil determinar qué síntomas y qué problemas psicológicos son verdaderamente refractarios. Se requiere una minuciosa evaluación de cada uno de ellos para comprobar que son causa de un sufrimiento intolerable y, a continuación, se debe tener la más absoluta seguridad de que cualquier medida terapéutica con posibilidades, después de aplicarla durante un tiempo razonable, ha demostrado su falta de efectividad; para ello, una buena praxis debería incluir el pedir la opinión a otros profesionales, ya que hay evidencias que demuestran que muchos enfermos alcanzan un aceptable control de síntomas cuando son valorados por otros especialistas (21).

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), a través de unas recomendaciones sobre los aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos (22), ha pretendido dejar bien clara la distinción entre sedación terminal, acción que, cuando está indicada, considera éticamente correcta y legítima, y eutanasia activa, siempre considerada contraria a la ética. En dichas recomendaciones, al intentar justificar las diferencias existentes entre sedación terminal y eutanasia, se valora "la intencionalidad" del acto como uno de los puntos esenciales, amparándose en la doctrina del doble efecto.

Considero que la "intención" es un aspecto poco convincente y muy subjetivo, nada objetivo: sólo sabe la verdadera intención quien realiza la acción, y podrá declararla o no. Por otro lado, puede haber dudas con respecto a la bondad o malicia de la intención; las intenciones pueden ser complejas, impulsivas, ambiguas y a menudo contradictorias (23); por ejemplo, cuando se administra morfina y benzodiacepinas por vía parenteral a un enfermo con disnea intensa, ansiedad importante, agitación y en situación terminal, la intención podría ser aliviar los síntomas, efecto bueno, pero si realizamos otro análisis de la acción, la intención también podría ser el producir una carbonarrosis, efecto malo según la doctrina del doble efecto, para perpetuar la sedación y que la muerte irremediable se produzca durante el sueño, evitando así el sufrimiento y la angustia del enfermo; en este último supuesto, la acción, por más próxima o inminente que se prevea la muerte, no dejará de ser una práctica que reúne requisitos que definen a la eutanasia activa.

En principio, aún admitiendo que la única intención de la sedación terminal sea controlar los síntomas y los problemas que tanto sufrimiento ocasionan, una vez han fracasado los cuidados paliativos, y no adelantar o provocar la muerte, ¿hasta dónde se está dispuesto a llegar para alcanzar este objetivo? La sedación debe ser un proceso progresivo en donde no se puede poner un límite a las dosis de fármacos, que deben aumentarse de forma gradual hasta que se consiga el objetivo de aliviar el sufrimiento, pero a medida que se van aumentando estas dosis o se empiezan a administrar fármacos más potentes para controlar la situación (en ocasiones se han utilizado anestésicos generales como el propofol) (10), aumenta la probabilidad, o incluso se puede tener la seguridad, de que se va a producir la muerte del enfermo y, si se admite esto, la acción ya deja de cumplir con todas las condiciones que definen a la doctrina del doble efecto: las consecuencias negativas pesan ya más que las positivas y se podría afirmar que el efecto bueno se consigue a través de uno malo; en estas circunstancias, hay que admitir que la actuación se aproxima a la eutanasia activa.

Considero que la Doctrina del Doble Efecto es difícil de llevar a la práctica, de modo que se puede utilizar de forma reducida e incorrecta, valorando únicamente la intención de la persona que realiza la acción. Se tiende a resolver la cuestión de la siguiente forma: "como la intención es buena, se puede realizar la acción" o "como la intención declarada es buena, se considera que la acción es correcta".

James Rachels (24) opina que el objetivo de la bioética debe ser evaluar actuaciones, no intenciones, de modo que la intención no sirve para determinar si una acción es, desde el punto de vista ético e incluso legal, correcta o no. Lo que beneficia o perjudica al enfermo no es la intención de la persona que realiza el acto, sino el resultado del mismo. No sería correcto permitir que un acto contrario a la ética deje de serlo si va acompañado de una buena intención.

Por lo tanto, considero que la doctrina del doble efecto no debería ser válida para juzgar o para justificar la sedación terminal cuando contribuye a acelerar o a ser causa de la muerte. No se debería reflexionar sobre si las intenciones son buenas o malas (un mismo acto, realizado de la misma forma y manera, puede tener intenciones completamente opuestas), sino que deberíamos reflexionar sobre las consecuencias de nuestra actuación. El acto depende de sus consecuencias y no es suficiente tener "buenas intenciones". La intención corresponde a lo subjetivo de la acción y no siempre lo objetivo coincide con el juicio subjetivo del individuo; se puede actuar de forma errónea juzgando que es bueno lo que objetivamente es malo, y viceversa.

## CONCLUSIONES

Si consideramos los pacientes oncológicos que fallecen cada año en España, se puede estimar que la cobertura global de los Cuidados Paliativos es de al menos el 26% (25). Esto quiere decir que, en nuestro ámbito, no es lo habitual que la muerte del enfermo que cumple criterios de terminalidad se produzca en el marco de una atención integral suministrada por un equipo especializado en Cuidados Paliativos, de ahí la elevada frecuencia del uso de prácticas compatibles con la obstinación o "ensañamiento" terapéutico en un intento irracional de luchar contra la muerte. Pero podría darse el caso de que se utilice otra "vía de escape" distinta ante el enfermo que está sufriendo, la eutanasia activa, que, si se ampara en la sedación terminal, además de realizarse de un modo incorrecto, podría quedar oculta.

Para evitar que la sedación terminal se utilice como pretexto para practicar la eutanasia activa y que se generalice su uso utilizando un concepto completamente erróneo de lo que es la dignidad humana, debería ser prioritario que un sistema sanitario público como el nuestro haga todo lo posible por conseguir que la atención paliativa especializada y de calidad, basada en un enfoque ético que defienda el derecho a la vida de las personas ante cualquier circunstancia, abarque a la totalidad de enfermos que cumplan criterios de terminalidad.

La sedación terminal es una modalidad de tratamiento aceptada que puede comportar los mismos riesgos que un hipotético abuso de la eutanasia si fuese despenalizada, como por ejemplo, practicarse sin consentimiento del enfermo, realizarse por motivos económicos o sociales, etc., argumentos que son muy utilizados por los detractores de la eutanasia, sin pensar que actos criminales también pueden producirse aunque no esté regulada.

La sedación terminal, a pesar de sus riesgos, es una maniobra terapéutica necesaria y correcta desde el punto de vista ético, siempre que se realice dentro de una buena praxis médica, en el marco de unos cuidados paliativos de máxima calidad.

La frontera que separa la sedación terminal de la eutanasia activa es en ocasiones muy difusa, depende de pequeños matices que muchas veces no se pueden objetivar. La distinción entre sedación terminal y eutanasia activa debería basarse en datos objetivos y no en datos subjetivos (la intencionalidad es siempre subjetiva). Si la muerte se produce por la propia progresión de la enfermedad, está claro que no constituiría una forma de eutanasia; sin embargo, cuando la muerte se produce por los efectos de la medicación pautada, y más si ya sabemos de antemano que la va a provocar o la va a precipitar, sí constituiría una forma de

eutanasia activa, y no por ello debería ser reprochable desde el punto de vista ético, siempre que se hayan mostrado ineficaces todos los recursos paliativos y que la sedación esté correctamente indicada y bien aplicada.

El hecho de que la sedación terminal esté correctamente indicada no implica una ausencia de conflictos éticos. Aunque la muerte se prevea muy próxima, en cuestión de muy poco tiempo, la precipitación de la muerte con fármacos, queramos o no, no deja de ser una práctica muy cercana a la eutanasia, aunque insisto en que no debería cuestionarse desde el punto de vista moral en estas circunstancias; pero cuando el paciente podría haber vivido más días o incluso semanas, como por ejemplo cuando se aplica para aliviar un sufrimiento psicoemocional o en casos de agitación y/o delirio, la valoración moral podría ser más discutible.

## Bibliografía

1. Gafo J. 10 palabras clave en bioética. Navarra. Ed Verbo Divino 1993: 91-135.
2. Porta J, et al. Definición y opiniones acerca de la sedación terminal: estudio multicéntrico catalano-balear. *Med Pal* 1999; 6: 108-115.
3. Barbero J, Camell H. Sedación y paciente terminal: la conciencia perdida. *Med Pal* 1997; 4: 170-178.
4. Porta J. Sedación terminal: revisión de la literatura clínica. *Med Pal* 2001; 8: 15-17.
5. Ventafridda V, Ripamonti C, De Conno F. Symptom prevalence and control during cancer patients' last days of life. *J Pall Care* 1990; 6: 7-11.
6. Fainsinger R, Miller M, Bruera E. Symptom control during the last week of life on a palliative care unit. *J Pall Care* 1991; 7: 5-11.
7. Stone P, Philips C, Spruyt O, Waight C. A comparison of use of sedatives in a hospital support team and in a hospice. *Pal Med* 1997; 11: 140-144.
8. Ojeda M, Navarro MA, Gómez Sancho M. Sedación y enfermo oncológico terminal. *Med Pal* 1997; 4: 101-107.
9. Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics (4ª ed). Nueva York, Oxford: Oxford University Press 1989: 206-211.
10. Krakauer EL, et al. Sedación para el sufrimiento intratable de un paciente agonizante: cuidados paliativos agudos y principio del doble efecto. *The Oncologist* 2000; 5: 57-67.
11. Sanz Ortiz J. Final de la vida: ¿puede ser confortable? *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 186-190.
12. John Paul II. *The Gospel of Life*. New York: Random House, 1995: 117-118.
13. Quill TE, Dresser R, Brock DW. The rule of double effect – a critique of its role in end-of-life decision making. *N Eng J Med* 1997; 337: 1768-1771.
14. Sulmasy DP, Pellegrino ED. The rule of double effect: clearing up the double talk. *Arch Intern Med* 1999; 159: 545-550.
15. Azulay Tapiero A. La doctrina del doble efecto y la eutanasia activa en la práctica de los cuidados paliativos. *Med Pal* 2001; 8: 113-115.
16. Couceiro Vidal A, Nuñez Olarte JM. Orientaciones para la sedación del enfermo terminal. *Med Pal* 2001; 8: 138-143.
17. McNamara P, Minton M, Twycross RG. Use of midazolam in palliative care. *Pal Med* 1991; 5: 244-249.
18. Coyle N, Adelhart J, Foley KM, et al. Character of terminal illness in the advanced cancer patient: pain and other symptoms during the last four weeks of life. *J Pain Symptom Manage* 1990; 5: 83-89.
19. Betancor JT, Arnau J. Eutanasia, testamento vital y el nuevo código deontológico de Catalunya. *Quadern CAPS* 1997; 26: 20-27.
20. Azulay A, Andrés D, Huguet I y cols. El principio de autonomía en la sedación terminal en un hospital de media y larga estancia. *Med Pal* 2002; 9 (Supl. 2): 6.
21. Rubiales AS et al. Decisiones clínicas sobre el mantenimiento de medidas de soporte y la sedación en el cáncer terminal. *Med Pal* 1999; 6: 92-98.
22. Porta I Sales J, Nuñez Olarte JM, Altisent Trota A, et al. Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos. *Med Pal* 2002; 9: 41-46.
23. Martínez Urionabarreenetxea K. Eutanasia y cuidados paliativos: ¿amistades peligrosas? *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 142-145.
24. Rachels J. Más distinciones impertinentes. De Baird RM, Rosenbaum SE. Eutanasia: los dilemas morales. Barcelona: Ed Alcor 1992: 65-73.
25. Centeno C, Hermansanz S, Flores LA, Sanz A, López-Lara F. Programas de cuidados paliativos en España, año 2000. *Med Pal* 2001; 8: 85-99.