



Sedación paliativa en el final de la vida, ¿un cajón de sastre?

Palliative Sedation at the End of Life: Improvisation?



Autor

Francisco Rivas García

Excmo. Ayuntamiento de Guadix

E-mail: f.rivas.garcia@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-4488-8262>



Resúmen

La sedación paliativa es una práctica clínica ampliamente asumida y aplicada en situaciones que anticipan el final de la vida. No obstante, a pesar de sus beneficios cuando los síntomas refractarios no tienen otra alternativa, en algunas ocasiones la sedación puede ser fuente de numerosos dilemas bioéticos relacionados con el principio de doble efecto que actúa como una de las herramientas base, en el ámbito de la bioética, sobre las que puede sustentarse la licitud de la sedación en el final de la vida.

Abstract

Palliative sedation is a widely assumed and applied clinical practice in situations that anticipate the end of life. However, despite its benefits when refractory symptoms have no other alternative, on some occasions, sedation give rise to numerous bioethical dilemmas related to the double effect principle that is one of the basic tools, in the field of Bioethics, on which the legality of sedation at the end of life can be based.

Key words

Sedación paliativa; final de la vida; enfermedad terminal; bioética.
Palliative sedation; end of life; terminal disease; bioethics.

Fechas

Recibido: 04/12/2021. Aceptado: 20/01/2022



1. ¿Sedación paliativa como herramienta útil cuando se agotan todos los recursos?

Se define la sedación paliativa como “la administración deliberada de fármacos” en las dosis y combinaciones requeridas para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios con su consentimiento explícito, implícito o delegado (López, 2016). Al hablar de síntoma refractario se hace referencia a “un síntoma que no puede ser adecuadamente controlado a pesar de intensos esfuerzos para identificar un tratamiento tolerable que no comprometa la conciencia del paciente” (Cherny, 2003). Así, un síntoma se considera refractario cuando: a) no existe un tratamiento para el control adecuado de los síntomas; b) no se pueden controlar los síntomas en un plazo controlado; c) los efectos secundarios producidos por otros tratamientos son inaceptables en un tiempo razonable. Entre los principales síntomas se encuentran disnea, vómitos, náuseas, ansiedad y delirio que pueden ser controlados por medicamentos en las condiciones y dosis necesarias, aunque ello no implica que en determinadas situaciones extremas las dosis deban ser elevadas (White et al., 2016).

Se requieren más estudios que determinen específicamente la eficacia y la calidad de vida en personas sedadas, en comparación con personas no sedadas, y que cuantifiquen los efectos adversos

Las personas que se encuentran en el final de la vida, con una enfermedad terminal, experimentan una variedad de síntomas en las últimas horas y días de vida, que pueden volverse refractarios y no pueden controlarse con terapias paliativas. La sedación paliativa es una posible solución para aliviar estos síntomas, para lo cual se usan fármacos tales como benzodiazepinas —para lograr el nivel deseado de sedación y cuyo efecto es reversible— o neurolépticos —para los síntomas de delirio y opioides para el dolor— (Beller, 2015).

Una sedación tiene carácter primario cuando la disminución de la conciencia se busca como finalidad u objetivo terapéutico y sería considerada como secundaria cuando el efecto sobreviene no de la acción primaria del fármaco, sino como efecto colateral del mismo (Patel, 2019). También, la sedación puede ser puntual para controlar síntomas que pueden o no ser refractarios y que no se extiendan más de 48 horas. No obstante, la mayoría de los pacientes que se encuentran en el final de la vida requieren una sedación continua, ya que los síntomas tienen una duración mayor a 48 horas (Hui, 2015). En este sentido, aunque la sedación continua se considera, por parte de las guías clínicas, una práctica médica reconocida para el manejo de síntomas refractarios al final de la vida, no es la única opción ni la mejor (Lossignol, 2015). Así, hay estudios que no muestran datos concluyentes sobre la eficacia de la sedación paliativa en términos de la calidad de vida de una persona o el control de los síntomas refractarios, aunque sí se ha demostrado que la sedación no acelera la muerte, aspecto que suele generar preocupación en los profesionales sanitarios y familias lo que ha sido una preocupación de los médicos y las familias. Sin embargo, se requieren más estudios que determinen específicamente la eficacia y la calidad de vida en personas sedadas, en comparación con personas no sedadas, y que cuantifiquen los efectos adversos (Beller, 2015).



Las principales complicaciones de la sedación paliativa constituyen el foco de controversia, así existen estudios que muestran un mayor riesgo de aspiración, neumonía y descenso de la capacidad respiratoria mientras que otros han mostrado un efecto positivo y no relacionado con un mayor riesgo de mortalidad (Shannon et al., 2016). Sin embargo, las consecuencias positivas son mayores que los posibles efectos negativos, así en la administración de fármacos se debe analizar, previo a su uso, si se han empleado todas las opciones terapéuticas alternativas, y si se cumplen condiciones tales como que la acción buscada sea positiva, la posible consecuencia negativa no sea deseada y, por supuesto, que el beneficio sea proporcional al potencial daño (Kittelson, 2015).

Las principales complicaciones de la sedación paliativa constituyen el foco de controversia, así existen estudios que muestran un mayor riesgo, mientras que otros han mostrado un efecto positivo y no relacionado con un mayor riesgo de mortalidad

El término de sedación paliativa tiene diferencias respecto al concepto de sedación terminal; no obstante, atendiendo a lo descrito en la literatura científica más reciente, se prefiere utilizar el concepto de sedación paliativa cuando se hace referencia a una enfermedad terminal, porque referirse a sedación terminal puede generar angustia por su carácter de irreversibilidad y confusión relativa a la etapa de ese estado terminal, así como por la búsqueda de una expresión eufemística. En este sentido, la Asociación Europea de Cuidados Paliativos, en su documento de consenso, establece las diferentes situaciones en las que podría emplearse la sedación paliativa y que incluyen entre otros la sedación transitoria para situaciones

traumáticas y dolorosas; tratamiento de las quemaduras; desconexión de la ventilación asistida, tratamiento de los síntomas refractarios al final de la vida; sedación de emergencia; situaciones de duración limitada utilizada con la intención de romper el círculo de dolor, ansiedad y angustia; sufrimiento psicológico (Cherny, 2003).

En el final de la vida, está justificado el uso de sedación paliativa, pero surgen dudas tales como ¿quién determina si los síntomas de una enfermedad son irreversibles?, ¿es posible una enfermedad terminal sin sintomatología refractaria y sin pronóstico de muerte inmediata? La respuesta es compleja, pero existe un documento de referencia por parte de la Asociación Holandesa de Médicos que permite aproximarse a una respuesta ideal. En esta línea, el documento indica que la sedación paliativa es una práctica médica indicada siempre y cuando se garantice que existe una situación irreversible (Gómez, 2013).

Entonces, ¿cómo actuar? Lo ideal es establecer un consenso con el paciente o sus representantes y los profesionales sanitarios para evitar los conflictos éticos más frecuentes motivados por la solicitud voluntaria del paciente para sedación cuando no se cumplen los requisitos, así como la negativa de los representantes a administrar sedación cuando es necesaria. En ambos conflictos, el profesional médico actuará según los mejores intereses del paciente atendiendo a su situación clínica. No hay que olvidar aquellas situaciones de emergencia, de carácter agudo e inesperado, no relacionadas con un proceso terminal y en las que se compromete la vida, por lo que es necesario aplicar en cuáles hay que aplicar la sedación, aunque no se disponga de consentimiento informado (Broeckeaert, 1996).



En el momento de aplicar la sedación hay que garantizar que se realiza con total seguridad y garantía para lo cual se debe: a) revisar periódicamente el nivel de sedación del paciente; b) realizar una evaluación clínica periódica del nivel de sedación, la respuesta ante estímulos, la temperatura corporal, las secreciones bronquiales, los movimientos musculares espontáneos; c) evaluación del estado emocional y reacción de la familia; d) proporcionar comprensión, apoyo e intimidad.

La sedación paliativa lleva asociada una serie de consideraciones éticas que no suponen ningún tipo de conflicto siempre que:

- Se use para las indicaciones en las cuales está aconsejada.
- Se disponga del consentimiento informado del paciente, familia o representante.
- Se diferencien los síntomas refractarios donde la sedación aparece como única posibilidad de tratamiento.
- Se evite vulnerar los principios de autonomía y beneficencia para no confundir sedación con eutanasia.
- No se permita el sufrimiento del enfermo por temor a precipitar la muerte o en el ejercicio de una medicina defensiva.
- Las decisiones que se apliquen serán conformes el principio de doble efecto.
- Se alivie el sufrimiento del paciente y no las consecuencias que el estado terminal del enfermo genera para la familia.
- El equipo médico lo refleje en la historia clínica, para ello debe estar justificada la presencia de síntomas refractarios y disponer del consentimiento informado, así como describir el ajuste de la sedación e ir evaluando la evolución de nivel de conciencia y ansiedad.

En el momento de aplicar la sedación hay que garantizar que se realiza con total seguridad y garantía

Existen estudios sobre sedación paliativa que muestran que su uso implica adoptar una decisión compleja, que tiene implicaciones físicas, éticas y morales, de los que se extraen las siguientes conclusiones sobre las condiciones que debe requerir la sedación (Cherney, 2003):

- Plantearse si existe un síntoma refractario o un síntoma de difícil control.
- Dejar constancia en la historia clínica.
- Tener intención de aliviar el sufrimiento usando dosis adecuadas y proporcionadas al síntoma que se requiere aliviar.
- Obtener, siempre que sea posible, el consentimiento informado del paciente.
- Proporcionarse por profesionales sanitarios altamente especializados y siempre bajo su indicación.
- Prevenir el sufrimiento debido a técnicas diagnósticas, terapéuticas o circunstancias propias de una enfermedad.
- Tratar un síntoma físico o psicológico refractario a otros tratamientos.



- Disminuir el nivel de conciencia ante una situación deliberada como una estrategia terapéutica.
- Proteger al paciente del sufrimiento no evitable sin disminuir su nivel de conciencia.
- Disminuir la excitación del sistema nervioso central en un paciente frente a una situación real o ficticia.

Si las condiciones propician el uso de la sedación paliativa, en aquellos casos donde se pueda obtener el consentimiento informado por parte del paciente, hay una serie de recomendaciones para obtenerlo (Porta, 2007):

- Individualizar la situación a cada paciente.
- Garantizar la presencia de personas allegadas al paciente o familiar.
- Explicar al paciente las causas que motivan el uso de sedación.
- No solicitar firma, sino dejar constancia en la historia clínica. Aspecto que puede ser muy cuestionado.
- Explicar los efectos y los objetivos a conseguir con el proceso.
- Ofrecer la posibilidad de la revisión de la situación.

2. Relevancia del principio de doble efecto

El principio del doble efecto, aunque fue puesto como una regla de razonamiento práctico fundamental por Tomás de Aquino, tiene sus orígenes en lo que Aristóteles denominó acciones mixtas, que son aquellas situaciones en las que no se actúa de forma voluntaria, pero tampoco de forma totalmente involuntaria (Miranda, 2008).

La doctrina del doble efecto podría apelarse en estos casos, como una justificación ética, atendiendo a la intención y a la proporcionalidad

Un aspecto de gran relevancia que se relaciona con la sedación paliativa es el principio o doctrina del doble efecto, tradicional en la moral, y que se usa cuando la norma moral deontológica no era aplicable a casos concretos (Porta, 2007). Este principio adquiere una mayor relevancia ética en la sedación aplicada a pacientes en situación avanzada de enfermedad, donde no se tiene constancia clara o definida de los últimos días o semanas de vida. Así, la doctrina del doble efecto podría apelarse en estos casos, como una justificación ética, atendiendo a la intención (alivio del sufrimiento, nunca intencionalidad de provocar la muerte) y la proporcionalidad (reducción del nivel de conciencia suficiente para aliviar, tratar el síntoma o síntomas que inducen sufrimiento) de las actuaciones de manera que las complicaciones no serían ni intencionadas ni deseadas, sino asumidas, por lo que no deben generar ningún tipo de duda entre paciente y familiares ya que deben conocer que la sedación se aplica porque el beneficio supera al riesgo (Lindblad, 2014). En este sentido el principio de doble efecto no debe comprenderse como una "autorización lícita" para causar un efecto negativo, sino que cobra su significado como un efecto colateral involuntario de una acción necesaria para alcanzar un bien (Miranda, 2008).



Esta doctrina de doble efecto plantea el siguiente dilema bioético: ¿es lícito administrar sedación paliativa con objeto de reducir los síntomas y sufrimiento si ello puede acortar la vida? La respuesta es positiva siempre que la consecuencia que se persigue sea beneficiosa y supere los posibles riesgos. Desde el punto de vista ético no existe ninguna objeción, aunque pueda suponer un adelanto de la muerte, como efecto colateral no deseado ya que lo decisivo sería conocer si se ha realizado un estudio previo para administrar la medicación en las condiciones y dosis requeridas. No obstante, sería inaceptable, desde el ámbito bioético, administrar la sedación para acortar la vida y erradicar el sufrimiento, y a su vez sería ilícito no administrar el tratamiento paliativo a la persona que lo requiere. Por tanto, por el principio de doble efecto, la muerte no puede considerarse como el efecto indeseado, ya que el paciente fallecerá a consecuencia de la evolución de la enfermedad o sus complicaciones.

Por el principio de doble efecto, la muerte no puede considerarse como el efecto indeseado

Pero, ¿cómo se determina el criterio de proporcionalidad en el principio de doble efecto? Se proponen una serie de etapas previas a considerar antes de la toma de decisiones (Alipari, 2002) tales como analizar la proporcionalidad o no de los medios de diagnóstico y tratamiento, determinar los elementos aportados por el paciente, así como una adecuada evaluación por parte del médico sobre el tratamiento y sus posibles consecuencias.

Aparte del principio de doble efecto, hay que considerar los otros principios de la bioética que son de utilidad para la toma de decisiones por parte de los profesionales sanitarios, de ahí, la utilidad de exponer cuáles son los límites de esos principios, aplicados a situaciones de sedación paliativa cuya omisión generaría una inadecuada práctica:

- a) Principio no maleficencia.
 - No iniciar terapéutica innecesaria.
 - Evitar mala praxis.
 - Limitar el sufrimiento.
- b) Principio de justicia.
 - Equidad en la distribución de recursos y medios disponibles.
- c) Principio de autonomía.
 - Respetar la toma de decisiones del paciente.
- d) Principio de beneficencia.
 - El bien particular debe ser compatible con la autonomía de otras personas.
 - No puede considerarse como bien ninguna situación que provoque otro daño mayor.

Una vez realizado el análisis puede suceder que algún principio se confronte con otro. En este caso, algunos autores, como Diego Gracia (2001), proponen un modelo de jerarquización que se establece teniendo en cuenta las consecuencias del acto de la sedación paliativa de manera que el análisis ético deberá estudiar las consecuencias que se puedan derivar.



En numerosas ocasiones puede parecer que eutanasia y sedación tienen el mismo fin, aunque utilicen diferentes medios, pero existen grandes diferencias. De hecho, hay posicionamientos críticos que, desde una perspectiva ética, consideran que la sedación es responsable de una muerte anticipada; sin embargo, no existe evidencia que la administración de sedación proporcional acorte la vida, ya que varios estudios retrospectivos no mostraron diferencias en la supervivencia entre los pacientes sedados y no sedados en las últimas semanas de vida (Kohara, 2005). No obstante, la sedación paliativa es fuente de controversia ya que algunas teorías pueden compararla con la eutanasia o el suicidio asistido que pretende acabar con la vida de la persona, aspecto que no se produce en la sedación paliativa.

No hay que olvidar la existencia de un término —cacotanasia— que implica la administración de fármacos, generalmente por vía endovenosa, con objeto de abolir la conciencia y acortar la vida, llevándose a cabo de manera brusca y no gradual, generalmente sin participación del enfermo y a petición de la familia o por decisión del equipo médico. Es una inadecuada práctica que puede confundirse con la sedación paliativa o que suele ser utilizada cuando se produce una indicación incorrecta de la sedación paliativa y que muestra una cierta incapacidad de los equipos médicos para resolver los problemas habituales de control de síntomas e impacto emocional en enfermos y familiares. Llegado a este punto, surgen varias cuestiones: ¿es posible usar la sedación como ejemplo de cacotanasia?, ¿puede

Se considera útil que los comités de ética hospitalaria puedan estandarizar qué combinaciones pueden convertirse en eutanasia

ser la cacotanasia una práctica enmascarada de eutanasia como medio de reducción de costos sanitarios? Aunque existe normativa y deontología que garantiza una buena praxis médica, sí es cierto que se debe extremar la vigilancia y establecer los mecanismos de control para evitar que criterios económicos o profesionales puedan aplicar un “coctel” de medicamentos que acorten la vida, porque de lo contrario nos adentraríamos en la teoría de la pendiente resbaladiza y podría utilizarse la sedación como una forma de eutanasia activa.

Por tanto, aparte de todos los criterios éticos, se considera útil que los comités de ética hospitalaria puedan estandarizar qué combinaciones en estado terminal pueden alejarse de una práctica médica y convertirse en eutanasia. También, se debería diferenciar muy claramente entre cacotanasia y el principio de doble efecto en la sedación paliativa.

Está perfectamente definida la asociación entre sedación paliativa y alivio de sufrimiento pero, ¿se incluye al sufrimiento psicológico o el físico o ambos? Generalmente se asocia sedación paliativa al sufrimiento físico, pero no hay que olvidar que, en algunas situaciones, el sufrimiento psicológico puede infravalorarse y los síntomas no tener el carácter refractario, sino que se basan en otros tales como pérdida de autonomía o dependencia. Por ello, ante este tipo de sufrimiento psicológico previo a la sedación paliativa es necesario agotar todos los cuidados psicológicos y religiosos que sean necesarios (Mercadante, 2009).

Es aconsejable que la toma de decisiones previa a la administración de sedación sea discutida entre profesionales sanitarios, familiares y paciente por lo que se debe cono-



cer y verificar que: a) existe un sufrimiento intenso del paciente; b) la muerte se producirá en días u horas; c) no hay opción para controlar los síntomas; d) se puede perder la conciencia; e) no acelera la muerte; f) puede ser reversible si mejoran las condiciones clínicas del paciente que lo perciba (Miriam, 2019).

3. Conclusiones

La sedación paliativa, a pesar de ser una herramienta útil en determinadas circunstancias donde las personas se hallan en la fase final de la vida, no está exenta de controversias en el campo de la bioética y la práctica clínica. De ahí, la necesidad de realizar más estudios que permitan clarificar que su uso está justificado y se produce cuando se han agotado todos los recursos que ofrecen los cuidados paliativos a los que debe tener acceso el enfermo en sus últimas horas o días de vida. En este sentido, no tendría justificación ética ofertar sedación paliativa si no se han agotado todas las opciones terapéuticas previas que los sistemas sanitarios deben proporcionar ante una situación terminal.

Aunque la sedación es aceptable, desde el punto de vista de la bioética, cuando se realice en el marco de una adecuada justificación terapéutica, pueden sucederse situaciones donde las decisiones que se adopten bajo el principio de doble efecto no permitan establecer el límite entre sedación paliativa, eutanasia y cacetanasia lo cual nos adentraría en una pendiente resbaladiza.

Al margen de criterios económicos o de otros recursos sería necesario establecer, en la medida de lo posible, un protocolo base de actuación supervisado y aplicado por un comité de bioética, más allá de la doctrina del doble efecto, previo a la administración de sedación paliativa.

Referencias

- Alipari, M. (2004). Ética al final de la vida. Aplicación a personas en estado vegetativo. *Vida y Ética*, 2, 269.
- Beller, E. M., van Driel, M. L., McGregor, L., Truong, S. y Mitchell, G. (2015). Palliative pharmacological sedation for terminally ill adults. *Cochrane Database Systematic Review*, 1(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010206.pub2>
- Broeckert, B. (1998). Sedation in Palliative Care. Facts and Concepts. *Palliative Medicine*, 126-128.
- Cherny, N. I. (2003). *Sedation: Uses, abuses and ethics at the end of life*. Jerusalem, Shaare Zedek Medical Centre.
- Gómez, R. (2013). El médico frente a la muerte. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(113), 67-82. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352012000100006>
- Júdez, J. y Gracia, D. (2001). La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Medicina Clínica*, 117(1), 18-24. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(01\)71998-7](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(01)71998-7)



- Hui, D. (2015). The last days of life: symptom burden and impact on nutrition and hydration in cancer patients. *Current Opinion Support Palliative Care*, 9(4), 346-354. <https://doi.org/10.1097/SPC.000000000000171>
- Kohara, H., Ueoka, H., Takeyama, H., Murakami, T. y Morita, T. (2005). Sedation for terminally ill patients with cancer with uncontrollable physical distress. *Journal of Palliative Medicine*, 8(1), 20-25. <https://doi.org/10.1089/jpm.2005.8.20>
- Kittelson, S. M., Elie, M. C. y Pennypacker, L. (2015). Palliative Care Symptom Management. *Critical Care Nurse*, 27(3), 315-39. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2015.05.010>
- Lindblad, A., Lynøe, N. y Juth, N. (2014). End-of-life decisions and the reinvented Rule of Double Effect: a critical analysis. *Bioethics*, 28(7), 368-77. <https://doi.org/10.1111/bioe.12001>
- Lopez, J. (2016). Cuidados paliativos integrales y limitación del esfuerzo terapéutico. *Galicia Clínica*, 77(4), 173-174. <https://doi.org/10.22546/38/1140>
- Lossignol, D. (2015). End-of-life sedation: is there an alternative? *Current Opinion in Oncology*. 27(4), 358-364. <https://doi.org/10.1097/CCO.0000000000000192>
- Maltoni, N., Scarpi, E., Rosati, M., Derni, S., Fabbri, L., Martini, F., Amadori, D. y Nanni, O. (2012). Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review. *Journal of Clinical Oncology*, 30(12), 1378-83. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.37.3795>
- Mercadante, S. et al. (2009). Controlled sedation for refractory symptoms in dying patients. *Journal of Pain Symptom Management*, 37(5), 771-9. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2008.04.020>
- Miriam, M. S. et al. (2019). The role of end-of-life palliative sedation: medical and ethical aspects - Review. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 69(1), 72-77. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2018.03.002>
- Miranda, A. (2008). El principio del doble efecto y su relevancia en el razonamiento jurídico. *Revista chilena de derecho*, 35(3), 485-519. <https://doi.org/10.4067/S0718-34372008000300005>
- Patel, C. Kleinig, P., Bakker, M. y Tait, P. (2019). Palliative sedation: A safety net for the relief of refractory and intolerable symptoms at the end of life. *Australian Journal of General Practice*, 48(12), 838-845. <https://doi.org/10.31128/AJGP-05-19-4938>
- Porta, J. (2007). Sedación paliativa y eutanasia. *Atención Primaria*, 30, 47.
- Shannon, F., Smith, T., Neufeld, E., Fisher, K. y Ebihara, S. (2016). The wish to die among palliative home care clients in Ontario, Canada: A cross-sectional study. *BMC Palliative Care*, (15), 24. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0093-8>
- White, N., Reid, F., Harris, A., Harries, P. y Stone, P. (2016). A Systematic Review of Predictions of Survival in Palliative Care: How Accurate Are Clinicians and Who Are the Experts? *PLOS ONE* 11(8), e0161407. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161407>