

## Reflexiones éticas sobre la sedación paliativa en enfermos terminales

### Ethical reflections about palliative sedation in the terminally ill patients

Haslen Hassiul Cáceres Lavernia,<sup>I</sup> Dunia Morales Morgado<sup>II</sup>

- I. Doctora en medicina. Especialista de primer grado en Oncología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Hospital Hermanos Ameijeiras. San Lázaro 709 entre Belascoain y Márquez González. Centro Habana. La Habana. Cuba.  
[haslen.caceres@infomed.sld.cu](mailto:haslen.caceres@infomed.sld.cu)
- II. Doctora en medicina. Especialista de primer grado en Oncología. Hospital Hermanos Ameijeiras. La Habana. Cuba.

---

#### RESUMEN

Los cuidados paliativos deben manejar los diferentes problemas que los pacientes y las familias pueden tener al final de la vida. La sedación es una maniobra terapéutica utilizada con cierta frecuencia en cuidados paliativos y constituye una buena práctica médica cuando está bien indicada; sin embargo, presenta el riesgo de conculcar algunos principios éticos. Los principios de beneficencia y autonomía son posiblemente los principios éticos mayormente afectados cuando se considera la sedación. Se deben cumplir los siguientes requisitos: síntoma refractario, enfermedad terminal y consentimiento, y en lo posible estar avalada por una segunda opinión médica. La sedación paliativa no es eutanasia y las diferencias están en el objetivo, el proceso y el resultado. En el presente trabajo se discuten algunos de los aspectos para prevenir la conculcación de los principios éticos, asimismo se proporcionan algunas sugerencias para ayudar en la toma de decisiones.

**Palabras clave:** sedación, cuidados paliativos, bioética.

---

## ABSTRACT

Palliative care to the different problems encountered by patients and their families at the end of life. Sedation is a therapeutic manoeuvre frequently used in palliative medicine, that could eventually infringe some ethical principles. From our standpoint, beneficence and autonomy are probably the most affected principles when sedation is considered. The following conditions are required in order for it to be applied: refractory symptom, terminal illness and consent, and as long as possible, the decision must be supported by a second medical opinion Palliative sedation is different from euthanasia, and the differences lie in the objective, the process and the result. Some measures to prevent such violations to occur are discussed, and suggestions intended to guide in decision making are proposed.

**Keywords:** sedation; palliative care; bioethics.

---

## INTRODUCCIÓN

La atención a los pacientes en situación terminal cobra mayor importancia para el sistema sanitario y para toda la sociedad, debido al progresivo envejecimiento de la población, el incremento de la morbilidad en los últimos meses de la vida y el aumento de la mortalidad por cáncer.<sup>1</sup> El cáncer es la principal causa de mortalidad a nivel mundial. Más del 70% de las defunciones por cáncer ocurren en países de ingresos bajos y medianos, y se estima que el número de defunciones anuales mundiales por cáncer seguirá aumentando y llegará a unos 12 millones en el 2030.<sup>2</sup>

La Organización Mundial de la Salud, redefine el concepto de cuidados paliativos (CP) al describir este tipo de atención como: "Un enfoque terapéutico, por el cual se intenta mejorar la calidad de vida de los pacientes y familia enfrentados a la enfermedad terminal, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la meticulosa valoración y tratamiento del dolor, y de otros problemas físicos, psicológicos y espirituales".<sup>3,4</sup>

En el marco de los CP, se describe la sedación paliativa, cuyo objetivo es el alivio del sufrimiento del enfermo con enfermedad avanzada o terminal mediante una reducción proporcionada del nivel de consciencia con la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente

uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito; esto implica valorar y atender de modo integral las necesidades del enfermo y de su familia ante la muerte. La sedación en la agonía es un caso particular de la sedación paliativa, y se define como la administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la consciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima.<sup>5,6,7</sup>

"Es la mejor manera de luchar contra la eutanasia", dijo el presidente de la OMC, Juan José Rodríguez Sendín, durante la presentación de la guía en Madrid. Suministrar esa sedación terminal cuando el paciente lo necesita es una buena práctica médica, aunque suponga acortar la vida del enfermo. "Lo que no es buena práctica es no hacerlo y dejar a un paciente con un sufrimiento intensísimo".<sup>8</sup>

El planteamiento de la sedación representa normalmente, una respuesta al fracaso terapéutico de otras alternativas frente al fracaso biológico del organismo, o bien frente al fracaso emocional-existencial de la persona.<sup>9</sup> En la atención al final de la vida podemos considerar buena práctica médica la aplicación de los objetivos (dignidad y calidad de vida), principios (atención integral de enfermo y familia) y métodos (control de síntomas, soporte emocional y comunicación) de los cuidados paliativos.<sup>10</sup>

La ética y la deontología médica establecen como deberes fundamentales, respetar la vida y la dignidad de todos los enfermos, así como poseer los conocimientos y la competencia suficientes para prestarles una asistencia de calidad humana y profesional. Estos deberes cobran particular relevancia en la atención a los enfermos en fase terminal, a quienes se les debe ofrecer el tratamiento paliativo que mejor contribuya a aliviar el sufrimiento, manteniendo su dignidad, lo que incluye la renuncia a tratamientos poco eficaces o desproporcionados de los que sólo puede esperarse una "prolongación inútil" de su vida.<sup>11</sup> No tiene cabida hoy, en una medicina verdaderamente humana, la incompetencia terapéutica ante el sufrimiento terminal, ya sea por prescribir tratamientos inadecuados (por dosis insuficientes o excesivas), o peor aún, el abandono del enfermo en esa condición.<sup>12</sup>

La dignidad es una cualidad intrínseca del ser humano que se mantiene hasta el momento mismo de la muerte. El concepto de "muerte digna" puede variar de unos individuos a otros; algunos desearán para su muerte la posibilidad de mantener la consciencia hasta el

final y otros, en cambio, preferirán morir "dormidos" para evitar el sufrimiento. Las características que en líneas generales pueden definir una "buena muerte" son: morir sin dolor y sin síntomas mal controlados, no prolongar de manera artificial el proceso de muerte, morir acompañados por la familia y amigos, y haber tenido la posibilidad de ser informados adecuadamente sobre la enfermedad, participar en la toma de decisiones y elegir dónde se desea morir.<sup>13</sup>

Los pacientes piden al personal médico recibir el mejor tratamiento posible para su enfermedad, proporcionado a la fase de ésta y acompañado de las mayores dosis de comprensión y afecto para ellos y sus familias, todo lo cual motiva a realizar revisar los conceptos de los cuidados paliativos y la sedación en el enfermo terminal, teniendo en cuenta que es un tema donde existen gran número de contradicciones en la literatura a causa de la falta de definiciones y orientaciones claras. En el presente trabajo se discuten algunos de los aspectos para prevenir la conculcación de los principios éticos, asimismo se proporcionan algunas sugerencias para ayudar en la toma de decisiones.

## **DESARROLLO**

### **Algunas precisiones preliminares: definiciones**

Antes todo parece imprescindible proporcionar algunas definiciones que permitan facilitar su comprensión adecuada del tema.

La moral es una forma de la conciencia social que expresa el pensamiento de un grupo o clase social, referido a lo que es el bien y el mal, lo justo o injusto en un momento determinado, para un acto específico, recibe la influencia de concepciones filosóficas, culturales, religiosas, entre otras. Es histórico- concreta y actúa como un regulador de la conciencia de los individuos. La moral se distingue por una peculiaridad: no se asienta directamente en ninguna institución especial que obligue a observar sus normas, está respaldada por la fuerza de la persuasión, del ejemplo, de la opinión pública, de la educación y de las tradiciones.

La ética, por su parte constituye la reflexión teórica, generalizadora, filosófica acerca de la moral, que se sistematiza y puede formar parte de textos importantes donde se hacen consideraciones sobre la moral, es su reflejo. La ética médica se dedica entre otras cosas al estudio de las relaciones médico- paciente y de las que se establecen entre los

profesionales, técnicos y obreros de la salud, así como de las regulaciones de la conducta de éstos, en beneficio siempre del paciente, en ella se ponen de manifiesto las leyes universales de la filosofía, al hacer evidente la dialéctica de las relaciones médico-paciente en función de las características de los individuos y grupos sociales y del momento histórico concreto, así como la existencia de contradicciones y conflictos que propician el desarrollo de nuevas técnicas y modos de comunicación como reflejo de la ley de unidad y lucha de contrarios.<sup>14,15</sup>

El Diccionario de la Lengua Española<sup>16</sup> define así los siguientes términos:

- **Sedar**: apaciguar, sosegar, calmar.
- **Sedante**: 2. adj. Fármaco que disminuye la excitación nerviosa o produce sueño.
- **Sedativo**, va: Tiene virtud de calmar o sosegar los dolores o la excitación nerviosa.

El "Diccionario Enciclopèdicde Medicina"<sup>17</sup> proporciona las siguientes definiciones (el original en catalán):

- **Sedación**: acción producida por los sedantes.
- **Sedantes**: sustancias que disminuyen la sensación de dolor, o más exactamente, la excitación del sistema nervioso central. La acción sedante de muchos medicamentos está relacionada con sus cualidades analgésicas, tranquilizantes e hipnóticas, y el tipo de acción que se alcanza depende de la dosis administrada.

### **Clasificación de la sedación:**

#### **a/ Según el objetivo:**

- **Sedación primaria**: disminución de la conciencia de un paciente que se busca como finalidad de una intervención terapéutica.
- **Sedación secundaria (en castellano: somnolencia)**: disminución de la conciencia de un paciente como efecto colateral de un fármaco administrado en el curso del tratamiento de un síntoma.

#### **b/ Según la temporalidad**

- **Sedación intermitente**: permite periodos de alerta del paciente.

- **Sedación continua:** mantiene la disminución del nivel de conciencia del paciente de forma permanente.

**c/ Según la intensidad**

- **Sedación superficial:** permite la comunicación del paciente con las personas

- **Sedación profunda:** mantiene al paciente en estado de inconsciencia. En los Cuidados Paliativos se entiende por sedación exclusivamente la administración de fármacos apropiados para disminuir el nivel de conciencia del enfermo con el objetivo de controlar algunos síntomas.

**Sedación paliativa:** administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito, implícito o delegado. Se trata de una sedación primaria, que puede ser continua o intermitente, superficial o profunda.

**Sedación Terminal:** administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y/o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima y con su consentimiento explícito, implícito o delegado. Se trata de una sedación primaria y continua, que puede ser superficial o profunda. Se entiende la sedación terminal como un tipo particular de sedación paliativa que se utiliza en el periodo de la agonía.

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

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

En Cuidados Paliativos la administración de fármacos sedantes, *per se*, no supone un problema ético cuando se han prescrito bajo las indicaciones correctas y con el consentimiento del paciente. Sí suelen generar dudas, en cambio, aquellas situaciones en que aparecen síntomas "refractarios" o resistentes a los tratamientos habituales y en los que se ha de contemplar la sedación como única posibilidad terapéutica. El problema consiste esencialmente en la dificultad que algunos autores han manifestado tener para

diferenciar sedación de eutanasia y la clara posibilidad de conculcar los principios de autonomía y beneficencia.<sup>14,15,18</sup>

Debe realizarse una valoración clínica exhaustiva para determinar que se trata de un paciente en situación de enfermedad avanzada con un proceso clínico irreversible, es recomendable que el médico responsable de la decisión posea una sólida formación y conocimiento del paciente y que en caso necesario solicite una segunda opinión por parte de otro facultativo.

Las principales indicaciones para la sedación son la progresión del cáncer con caquexia y fracaso multiorgánico, y fallos en los tratamientos paliativos como esteroides para fatiga, opioides para disnea, antisecretores para la secreción brónquica, antipsicóticos para el delirio y opioides para el dolor. Generalmente los pacientes tienen por lo menos dos síntomas refractarios y los más importantes son: dolor, fatiga, vómito, depresión, flojedad o decaimiento, cansancio, convulsiones, hemorragia, insomnio, sufrimiento, angustia y malestar.<sup>19, 20</sup>

### **Consentimiento informado**

Para la sedación terminal debe existir consentimiento explícito del paciente o delegado (en caso de incapacidad del paciente, por representación del familiar o tutor legal, de acuerdo a los valores y deseos que habitualmente ha manifestado el paciente a la familia o al equipo y recogidas en el Historial Clínico.).

El consentimiento no debe entenderse sólo como un documento escrito. El consentimiento verbal puede ser suficiente, pero se considera imprescindible que quede registrado en la historia clínica.<sup>18,21,22</sup>

### **Selección de fármacos**

El inicio de la sedación paliativa es una ocasión de gran carga emocional para la familia especialmente al inducir una rápida pérdida de la consciencia y de la comunicación. Se deben tener en cuenta los siguientes principios al seleccionar el fármaco:

- Elegir apropiadamente el agente considerando los síntomas presentados por el paciente
- Monitorizar el nivel de sedación utilizando escalas específicas como la de Ramsay (Tabla1)
- Titular la dosis de los sedativos hasta la obtención del nivel de sedación deseado

- Administrar dosis adicionales en bolo o asociar otros agentes para el mantenimiento del nivel alcanzado.

### TABLA 1. Criterios de Ramsay

- Nivel I - Paciente agitado, angustiado.
- Nivel II - Paciente tranquilo, orientado y colaborador.
- Nivel III - Paciente con respuesta a estímulos verbales.
- Nivel IV - Paciente con respuesta rápida a los estímulos dolorosos.
- Nivel V - Paciente con respuesta lenta a los estímulos dolorosos.
- Nivel VI - Paciente sin respuesta.

El fármaco utilizado para la sedación en la mayoría de los casos, depende de la experiencia de los profesionales y de la institución. Las medicaciones más usadas son los benzodiazepínicos, especialmente el midazolam y los barbitúricos. Otras medicaciones extensamente usadas son los neurolepticos.<sup>21,22</sup> (Tabla 2)

**Tabla 2. Proceso a seguir según el síntoma refractario**

Síntoma	Tto. farmacológico sintomático	Fármacos en la sedación
DELIRIUM	Neurolepticos y benzodiazepinas de forma escalonada hasta conseguir mejorar la sintomatología del paciente. Haloperidol como fármaco de primera elección.	1. Levopromazina 2. Midazolam 3. Flunitrazepam 4. Propofol o Fenobarbital
DISNEA	Opioides, anticolinérgicos, benzodiazepinas y corticoides, según las necesidades.	1. Mantener la medicación previa a dosis óptimas 2. Midazolam 3. Flunitrazepam 4. Levopromazina 5. Propofol o Fenobarbital
DOLOR	Adecuada valoración y evaluación continuada junto con un tratamiento farmacológico escalonado. (Escala analgésica de la OMS) sin olvidar la rotación de opioides.	1. Mantener la medicación previa a dosis óptimas 2. Midazolam 3. Flunitrazepam 4. Levopromazina 5. Propofol o Fenobarbital
Sufrimiento Psicológico: ANSIEDAD/ CRISIS DE ANGUSTIA	En caso de ansiedad persistente debe consultarse a un especialista. Las benzodiazepinas son el tratamiento de elección.	1. Midazolam 2. Flunitrazepam 3. Levopromazina 4. Propofol o fenobarbital
HEMORRAGIA MASIVA	Indicación de sedación. Al ser un síntoma previsible en muchas situaciones, dicha indicación debería estar consensuada.	1. Midazolam 2. Flunitrazepam 3. Propofol o fenobarbital
CONVULSIONES	Antiepilépticos, corticoides y medidas específicas como RT o QT	1. Midazolam 2. Flunitrazepam 3. Levopromazina 4. Propofol o Fenobarbital

## PRINCIPIOS ÉTICOS DE LA ASISTENCIA

En el ámbito de las Ciencias de la Salud se ha alcanzado en los últimos 30 años un importante consenso internacional acerca de los principios éticos que deben guiar la práctica clínica y la investigación. Estos son: no-maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia.

**No Maleficencia:** Es el “*Primum non nocere*” que no permite hacer mal a otro, aunque éste lo autorice. Es el mandato de respeto a la vida, a la salud, a la integridad física y a la evolución natural de las personas. El encarnizamiento u obstinación terapéutica (aplicación de medidas desproporcionadas que no reportan beneficio) incumple este principio.

**Justicia:** Todas las personas tienen igual dignidad y merecen igual consideración y respeto. Su aplicación exige la distribución y oferta equitativa de los recursos, e implica poder proporcionar a todos los pacientes la posibilidad de una atención de calidad en la fase agónica, que incluya la sedación cuando sea preciso.

**Autonomía:** El paciente tiene derecho a decidir. Es imprescindible contar con el criterio del paciente, quien para poder decidir ha de estar correctamente informado. La falta de confidencialidad y la “conspiración de silencio” atentan contra este principio.

**Beneficencia:** Exigencia ética de que los profesionales pongan sus conocimientos y su dedicación al servicio del enfermo para hacerle el bien. Se incumple cuando un paciente es abandonado a su suerte sin una asistencia adecuada.

**Principio del doble efecto** Dado que todo acto puede tener dos efectos, uno beneficioso y otro perjudicial, el principio del doble efecto distingue entre las consecuencias o efectos de un acto, y su intencionalidad. Existen situaciones complejas en la práctica clínica en las que sólo es posible conseguir un beneficio (o evitar un perjuicio), causando un mal que no se desea. El efecto negativo está éticamente permitido si no ha sido nuestra intención provocarlo. Este principio es de aplicación en el caso de la sedación paliativa y de la sedación terminal, con las siguientes consideraciones:

Se entiende que el efecto deseado es el alivio del sufrimiento y el efecto indeseado la privación, parcial o total, de la conciencia. La muerte no puede considerarse como el

efecto indeseado, ya que el paciente fallecerá a consecuencia de la evolución de su enfermedad y/o sus complicaciones.

La responsabilidad moral del equipo recae en el proceso de toma de decisiones adoptadas para aliviar el sufrimiento, y no tanto en el resultado de su intervención en términos de vida o muerte.

Son condiciones del principio ético del doble efecto:

- Que la acción sea beneficiosa o neutra.
- Que la intención del actor sea correcta (se busca el efecto beneficioso).
- Que exista una proporción o equilibrio entre los dos efectos, el beneficioso y el perjudicial.
- Que el efecto deseado y beneficioso no sea causado por un efecto indeseado o negativo.<sup>15,18</sup>

### **Diferencias entre sedación y eutanasia**

Uno de los puntos cruciales en el debate ético sobre la sedación es la identificación que en ocasiones se realiza entre sedación y una “eutanasia lenta”, lo cual ha generado controversia. La distinción entre sedación y eutanasia recae esencialmente en los siguientes aspectos:

#### **Intencionalidad:**

- En la sedación el médico prescribe fármacos sedantes con la intención de aliviar el sufrimiento del paciente frente a determinados síntomas. En la eutanasia el objetivo es provocar la muerte del paciente para liberarle de sus sufrimientos.
- La sedación altera la conciencia del paciente buscando un estado de disminución de la percepción frente al sufrimiento o amenaza que supone el síntoma.
- Cuando la sedación es profunda, se pierde la vida consciente. La eutanasia elimina la vida física.

### **Proceso:**

- En la sedación debe existir una indicación clara y contrastada. Los fármacos utilizados y las dosis, se ajustan a la respuesta del paciente frente al sufrimiento que genera el síntoma. Esto implica la evaluación continua de dicho proceso (tanto desde el punto de vista de la indicación como del tratamiento) y el registro en la historia clínica.
- En la eutanasia se precisa de fármacos a dosis o combinaciones letales, que garanticen una muerte rápida.

### **Resultado:**

- En la sedación, el parámetro de respuesta es el alivio del sufrimiento, que debe contrastarse mediante su evaluación. En la eutanasia el parámetro de respuesta es la muerte.
- Se ha objetado que la supervivencia es muy breve desde la indicación de una sedación terminal. Los trabajos disponibles muestran que no existen diferencias significativas en la supervivencia de los pacientes que precisaron ser sedados frente a los que no requirieron sedación.<sup>18,23</sup>

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

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

La falta de comprensión de lo anterior ha llevado en ocasiones a la obstinación terapéutica, con un gran maltrato del paciente y de su familia. En el paciente en situación de enfermedad avanzada y terminal es francamente maleficiente permitir el sufrimiento del enfermo por el miedo de que se pueda adelantar la muerte al buscar el alivio de su padecimiento.<sup>14</sup>

En otras disciplinas como la anestesiología o los cuidados intensivos, el no uso de la sedación sería maleficiente. ¿Quién puede pensar que un paciente que ha de sufrir una intervención o una intubación, no esté sedado ya sea profunda o superficialmente?, o ¿el caso del paciente psiquiátrico con un estado de excitación y angustia que puede dañar a alguien o a sí mismo?. Seguramente en las situaciones anteriores la razón indica que en

caso de no utilizar los medios farmacológicos disponibles sería conculcar el principio de beneficencia.

¿Qué ocurre en cuidados paliativos? ¿Qué hace que todo se vea diferente? Cuando el paciente puede sufrir los mismos problemas, una disnea o un estado de angustia extrema, que no responde al tratamiento habitual. Una posible respuesta recae en dos puntos básicos: la intencionalidad y el resultado.

La intencionalidad, en los casos de los pacientes quirúrgicos, en estado crítico o psiquiátrico, en la práctica habitual queda bien definida *a priori*: evitar el mal, el sufrimiento del paciente. ¿Consentiría un cirujano llevar un paciente a un desbridamiento de una gangrena o a una laparotomía sin asegurar la confortabilidad del paciente sometiéndolo a una sedación más o menos profunda? Seguro que no. ¿Qué familia consentiría en que un enfermo no estuviese sedado antes de afrontar los procedimientos mencionados? Seguramente ninguna.

En cuidados paliativos la duda recae en que la intencionalidad sea, precisamente, no maleficente. Que aquello buscado no sea el bien del paciente. Por tanto, una primera cuestión ineludible recae en responder a quién se beneficia cuando se plantea la sedación. Por tanto, una primera dimensión que hay que explorar es si la omisión de la sedación es maleficente, es decir, que la intención está en evitar el mal y, la segunda, recae sobre si el beneficiario será el paciente. En este punto hay un área de conflicto, ya que uno de los principios de los cuidados paliativos dice que la unidad de tratamiento es el paciente y la familia.<sup>24</sup>

El equipo siempre ha de tener en la mente el beneficio del paciente e intentar que los intereses legítimos de la familia sean escuchados y atendidos. Los equipos han de esforzarse en mantener y preservar la dignidad y autonomía del paciente, se ha de dar al paciente la información necesaria para que pueda tomar sus propias decisiones. En el caso de que el mismo no pudiese expresar su voluntad, lo cual no es infrecuente, el equipo ha de velar por el beneficio del enfermo incorporando en los elementos de decisión aquellas aportaciones que desde la familia se puedan hacer sobre los valores y deseos del paciente. También es frecuente que la familia no se encuentre en condiciones emocionales o de conocimiento para tomar una decisión importante. En este caso sería claramente maleficente hacia la familia forzarla a tomar una decisión para la cual su grado

de autonomía se halla tan limitado. Es responsabilidad del equipo tomar esta determinación y no pasarla a una familia atenazada por el dolor y la incertidumbre.

Respecto al resultado de la sedación, en el contexto del paciente terminal, es altamente probable que sea la muerte. Este resultado, por ser altamente previsible, es un punto de conflicto, ya que a menudo se piensa que no hay mayor mal que la muerte y es preciso evitarla. Siguiendo los ejemplos del paciente quirúrgico, crítico o psiquiátrico, pero especialmente el del paciente crítico, la muerte no es un futuro improbable, más bien es una expectativa factible que un paciente grave, sedado y en una unidad de cuidados intensivos pueda fallecer. En este caso la sedación no se plantea como algo relacionado con la muerte del paciente, a pesar de su estado crítico y que la sedación y la intubación también tienen sus efectos secundarios.

Si bien en el caso del paciente crítico la muerte es una posibilidad no lejana considerando su situación clínica, en el paciente terminal la muerte es una certeza, porque su enfermedad también le ha llevado a una situación "crítica".

Analizando un aspecto importante sobre la responsabilidad de los resultados; hay acciones u omisiones sobre los cuales el profesional es moralmente responsable respecto a los resultados; sin embargo, en el caso del paciente terminal, la muerte no depende sus acciones u omisiones, pues la misma llegará inexorablemente. En el supuesto que una acción como la sedación, estando bien indicada, se señale como causa de la muerte, resulta inadecuado y falso, porque la muerte hubiese llegado igual y además con mayor sufrimiento. Se trata del doble efecto y de la valoración riesgo/beneficio.

Donde se es moralmente responsable no es en el resultado (la muerte) sino en el proceso que ha llevado a tomar la decisión de indicar la sedación. Es en este proceso de toma de decisiones que el tener en cuenta todos los elementos en juego hará que una decisión sea éticamente buena o mala. Los elementos para una buena toma de decisiones se encuentran tanto a nivel del saber científico (historia natural de la enfermedad u opciones terapéuticas, disponibilidad de recursos), como a nivel social (valores, creencias, entorno, entre otros). La integración de todos los elementos es lo que ayudará a que la decisión final de acción u omisión sea éticamente consistente.<sup>24,25</sup>

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,

siempre que se originen conflictos, lo cual ocurre con mucha frecuencia en la situación de enfermedad terminal. 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 bueno de lo 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 compleja.

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, de 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.

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.<sup>25,26</sup>

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), a través de recomendaciones sobre los aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos, ha pretendido dejar bien clara la distinción entre sedación terminal, considera éticamente correcta y legítima, y la eutanasia activa, siempre considerada contraria a la ética. 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 los sistemas sanitarios públicos hagan 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 y abarque a la totalidad de enfermos que cumplan criterios de terminalidad.<sup>26</sup>

Los equipos que atienden a enfermos en fase terminal necesitan una probada competencia en los aspectos clínicos y éticos de la medicina paliativa, a fin de que la sedación sea indicada y aplicada adecuadamente. No se le podrá convertir en un recurso

que, en vez de servir a los mejores intereses del enfermo, sirva para reducir el esfuerzo del médico.<sup>18,27</sup>

## CONCLUSIONES

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 sedación en Cuidados Paliativos es una maniobra terapéutica destinada al alivio de síntomas refractarios que pueden aparecer en el contexto del enfermo que se halla al final de su vida. Es un procedimiento que puede estar indicado en pacientes en situación agónica. Ni la sedación paliativa ni la terminal constituyen eutanasia encubierta. Las diferencias recaen tanto en el objetivo como en la indicación, el procedimiento, el resultado y el respeto a las garantías éticas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sociedad Española de Oncología Médica. Manual de Cuidados Continuos. Madrid: Editorial Dispublic, S.L., 2004. p. 35-76.
2. Unidad Nacional para el Control del Cáncer. Programa integral para el control del cáncer en Cuba. Pautas para la gestión. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2010. p.9.
3. Reyes MC, Grau J, Chacón M. Cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado: 120 preguntas y respuestas. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2010. p.1-3.
4. De Graeff A, Dean M. Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standards. *J Palliat Med.* 2007; 10: 67-85.
5. Asociación Española de Bioética y Ética Médica. «La sedación no puede atender a criterios economicistas». *Diario Médico.com*. Consultado el 21 de octubre de 2013. <http://www.diariomedico.com/2011/04/08/area-profesional/normativa/sedacion-no-puede-atender-criterios-economicistas> Protocolo para el seguimiento del tratamiento farmacológico individualizado en pacientes con sedación paliativa. Sevilla: Consejería de Salud y Bienestar Social; 2012. [Citado el 20 de Diciembre de 2013]. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p\\_2\\_p\\_2\\_planes\\_integrales/sedacion\\_paliativa.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_2_p_2_planes_integrales/sedacion_paliativa.pdf)

6. Morita T, Tsuneto S, Shima Y. Definition of sedation for symptom relief: a systematic literature review and a proposal of operational criteria. *J Pain Symptom Manage*. 2002; 24 (4): 447-453.
7. Morita T, Bito S, Kurihara Y, et al. Development of a clinical guideline for palliative sedation therapy using the Delphi method. *J PalliatMed*. 2005; 8: 716–729.
8. Sahuquillo María R. Una guía médica regula la sedación paliativa. Madrid 11 NOV 2011. Grupo de Trabajo de Sedación del Hospital Universitario Virgen Macarena y área. Protocolo de sedación paliativa. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2011. [Citado el 20 de Diciembre de 2013]. Disponible en: [http://www.hospitalmacarena.com/usr/home/hospitalmacarena.com/web/images/file/profesionales/documentos\\_clinicos\\_interes/PROTOCOLO\\_SEDACION.pdf](http://www.hospitalmacarena.com/usr/home/hospitalmacarena.com/web/images/file/profesionales/documentos_clinicos_interes/PROTOCOLO_SEDACION.pdf)
9. Sector de Teruel (ISSN 1579-6094, título abreviado: Bol oncol). 2013. González-Ronquillo MA, Velasco Pérez G, Garduño-Espinosa A. Sedación y analgesia en la fase terminal en pediatría. Informe de dos casos y revisión de la literatura. *Acta Pediatr Méx* 2013;34(1):21-27. [actapediatrmex@entornomedico.org](mailto:actapediatrmex@entornomedico.org)
10. Moreno Ferrero MJ. Coctel Lítico ¿Sedación paliativa u homicidio "compasivo". *Medicina naturista*. 2012;6(1):5-11.
11. Classens P, Menten J, Schotsmans P, Broeckaert B. Palliative sedation: A review of the research literature. *J Pain Symptom Manage*[revista en la Internet]. 2008 [citado 2015 Nov 13]; 36: 310–333. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392408001000>
12. *Asociación Española contra el Cáncer*. Sedación terminal. Consultado el 21 de octubre de 2013. [aecc.es](http://aecc.es). Sedación Terminal [página web]. España: Asociación Española contra el Cáncer; c2011 [actualizada 1 de Febrero de 2013; citada el 3 de Febrero de 2013]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CuidadosPaliativos/Paginas/Sedaci%C3%B3nTerminal.aspx>
13. Reyes MC, Grau J, Chacón M. Derechos del paciente terminal. En: *Cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado: 120 preguntas y respuestas*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p.278
14. Porta J, Sales I, et al. Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos. *Medicina Paliativa* [revista en la Internet]. 2002 [citado 2015 Nov 13]; 9(1):41-46. Disponible en: <http://eutanasia.ws/hemeroteca/t80.pdf>

15. David Santos D, Valle AD, Barlocco B, Pereyra J, Bonilla D. Sedación paliativa: experiencia en una unidad de cuidados paliativos de Montevideo. Rev Med Urug [revista en la Internet]. 2009 [citado 2015 Nov 13]; 25: 78-83. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902009000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902009000200002&script=sci_arttext)
16. Diccionario de la Lengua Española. Real Academia de la Lengua. Vigésima edición. Madrid, 1992.
17. Cassasas O (ed.) Diccionario Enciclopèdic de Medicina. Acadèmia de CiènciesMèdiques de Catalunya i Balears. Barcelona: Enciclopèdia Catalana;1990:1370.
18. Boceta Osuna J, Cía Ramos R, Cuello Contreras JA, et al. Sedación paliativa y sedación terminal: orientaciones para la toma de decisiones en la práctica clínica: documentos de apoyo. Sevilla: Consejería de Salud, 2005. 30 p.
19. Elsayem A, Curry Iii E, Boohene J, et al. Use of palliative sedation for intractable symptoms in the palliative care unit of a comprehensive cancer center. Support Care Cancer [revista en la Internet]. 2009 [citado 2015 Nov 13];17(1):53-59. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00520-008-0459-4>
20. Rosengarten OS, Lamed Y, Zisling T, Feigin A, Jacobs JM. Palliative sedation at home. J Palliat Care, 2009;25(1):5-11.
21. Mercadante S, Porzio G, Valle A, et al. Palliative Sedation in Patients with Advanced Cancer Followed at Home: A Systematic Review. J Pain Symptom Manage. Journal of Pain and Symptom Management. 2012; 43 (6): 1126–1130. [doi:10.1016/j.jpainsymman.2011.06.027](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.06.027)
22. Nogueira FL, Sakata RK. Sedación Paliativa del Paciente Terminal. Rev Bras Anesthesiol [revista en la Internet]. 2012 [citado 2015 Nov 13]; 62: 4: 1-7 Disponible en: [www.scielo.br/pdf/rba/v62n4/es\\_v62n4a12.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rba/v62n4/es_v62n4a12.pdf)
23. Maltoni M, Pittureri C, Scarpi E, Piccinini L, Martini F, Turci P, et al. Palliative sedation therapy does not hasten death: Results from a prospective multicenter study. Ann Oncol [revista en la Internet]. 2009 [citado 2015 Nov 13] ;20:1163–9. doi: 10.1093/annonc/mdp048.
24. Porta i Sales Josep. Sedación en cuidados paliativos: reflexiones éticas. Acta bioeth. [Internet]. 2000 Jun [citado 2016 Abr 18]; 6(1): 77-87. Disponible en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2000000100006&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000100006&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000100006>.

25. Azulay Tapiero A. La sedación terminal: Aspectos éticos. An. Med. Interna (Madrid) [revista en la Internet]. 2003 Dic [citado 2016 Abr 18]; 20(12): 49-53. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-71992003001200010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992003001200010&lng=es).
26. Morita T, iative sedation therapy: a multicenter, prospective, observational study conductChinone Y, Ikenaga M, Miyoshi M, Nakaho T, Nishitateno K, et al. Etical validity of palled on specialized palliative care units in Japan. J Pain Symptom Manage [revista en la Internet]. 2005 Oct [citado 2016 Abr 18]; 30(4):308-19. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16256895>
27. Cassell EJ, Rich BA. Intractable end-of-life suffering *and the ethics of palliative sedation*. J Pain Medicine. 2010;11:435-438. DOI: 10.1111/j.1526-4637.2009.00786.x. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1526-4637.2009.00786.x/full>

**Recibido:** 21/1/2015

**Aprobado:** 18/3/2016

*Haslen Hassiul Cáceres Lavernia*. Doctora en medicina. Especialista de primer grado en Oncología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Hospital Hermanos Ameijeiras. San Lázaro 709 entre Belascoain y Márquez González. Centro Habana. La Habana. Cuba.  
[haslen.caceres@infomed.sld.cu](mailto:haslen.caceres@infomed.sld.cu)