



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico (2017-18)

Trabajo Fin de Grado

“La sedación paliativa en el paciente terminal: aplicaciones y controversias.”

Revisión Bibliográfica.

Alumno/a: Sonia Blanco Martínez.

Tutor/a: Alicia Rodríguez-Vilariño Pastor

Junio, 2018

ÍNDICE

1. Resumen/abstract	3
2. Introducción	5
2.1 Historia	6
2.2 Definiciones	7
2.3 Escalas	8
2.4 Fármacos	8
2.5 Bioética	9
2.6 Marco legal	11
2.7 Objetivos	12
2.8 Justificación	12
3. Metodología	13
4. Resultados	15
4.1 Diferencias relevantes entre sedación paliativa y eutanasia.	15
4.2 Acortamiento o no de la vida en la sedación paliativa	16
4.3 Principio de doble efecto	18
4.4 Nutrición e hidratación	19
4.5 Farmacología	21
4.6 Toma de decisiones	24
4.7 Cuándo está indicada la sedación paliativa	25
5. Discusión	28
5.1 Conclusiones	30
6. Bibliografía	31
7. Anexos	36

1. RESUMEN/ABSTRACT

En los pacientes terminales en los que está presente el sufrimiento debido a la presencia de posibles síntomas refractarios, es necesario valorar la sedación paliativa. Los tratamientos hasta hace poco, se centraban solo en la curación del paciente, sin tener en cuenta la calidad de vida de éste; pero con el transcurso de los años, gracias a la creación de las unidades de cuidados paliativos, este concepto ha ido cambiando. Los cuidados paliativos tratan de proporcionar un enfoque en la atención a los pacientes terminales que abarque de manera integral, todos los problemas que puedan surgir de esta situación. Muchas veces se precisan herramientas como la bioética para resolver los posibles conflictos derivados de la posible aplicación de la sedación paliativa, tratando así, de actuar de la forma más ética y moralmente correcta en cada situación. En esta revisión bibliográfica sistematizada, se propuso como objetivo conocer las posibles controversias que derivan de la práctica de la sedación paliativa. Para la realización de este trabajo se han utilizado 18 artículos que cumplieran los criterios de inclusión. Los resultados han sido estructurados en diferentes apartados: diferencias entre eutanasia y sedación, si existe acortamiento de la vida, la aplicación del principio del doble efecto, la aplicación o retirada de la nutrición e hidratación artificial, los fármacos utilizados, la toma de decisiones y cuándo está indicada la sedación paliativa. Es necesario seguir debatiendo y desarrollando documentos que guíen en el proceder de esta terapia, teniendo muy en cuenta siempre al conjunto familia-paciente y su entorno a la hora de llevarla a cabo. A pesar de que haya cierto consenso en algunos aspectos como la diferencia con eutanasia o en la aplicación del principio de doble efecto, en otros como en la hidratación y nutrición artificial o su indicación, todavía se presenta controversia.

Palabras clave:

Sedación paliativa, paciente terminal, sufrimiento, final de la vida, síntomas, muerte.

ABSTRACT

In terminal patients in which suffering is present due to the presence of possible refractory symptoms, it's necessary to assess palliative sedation. The treatments until recently, focused only on the patient's healing, without taking into account the quality of life of the patient; but over the years, thanks to the creation of palliative care units, this concept has been changing. Palliative care seeks to provide a focus on the care of terminally ill patients that comprehensively covers all the problems that may arise from this situation. Many times, tools such as bioethics are needed to resolve possible conflicts arising from the possible application of palliative sedation, thus trying to act in the most ethical and morally correct manner in each situation. In this systematized bibliographic review, it was proposed as an objective to know the possible controversies that derive from the practice of palliative sedation. For the realization of this work, 18 articles have been used that met the inclusion criteria. The results have been structured in different sections: differences between euthanasia and sedation, if there is shortening of life, the application of the double effect principle, the application or withdrawal of artificial nutrition and hydration, the drugs used, decision making and when palliative sedation is indicated. It's necessary to continue discussing and developing documents that guide the procedure of this therapy, always taking into account the entire family-patient and their environment at the time of carrying it out. Although there is some consensus in some aspects such as the difference with euthanasia or in the application of the principle of double effect, in others such as hydration and artificial nutrition or the indication controversy still exists.

Key words:

Palliative sedation, terminal patient, suffering, end of life, symptoms, death.

2. INTRODUCCIÓN

El aumento de la prevalencia de las enfermedades oncológicas y crónico-degenerativas en los últimos tiempos, además del envejecimiento de nuestra población, ha supuesto la necesidad de desarrollar nuevos planteamientos en los planes de cuidados y en los objetivos de los tratamientos que, hasta hace poco, priorizaban la curación sin dejar lugar a la mejora de la calidad de vida en el paciente con escasa esperanza de vida. Un número elevado de las personas que padecen este tipo de patologías, sufrirán en sus últimos momentos; precisando así, un tipo de atención que esté centrada en la persona, en su bienestar y confort, y en cómo proporcionarle una muerte digna. Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, en España se producen unas 80.000 muertes por cáncer cada año, y el cáncer engloba el 25% de todas las muertes en España. ⁽¹⁾⁽²⁾

Frecuentemente, el sufrimiento al final de la vida es algo inevitable en los pacientes en situación terminal; el manejo o control de los distintos síntomas producidos por la enfermedad se hace difícil y a veces inefectivo. Resulta necesario valorar en muchas ocasiones a la sedación paliativa, cuyos datos obtenidos por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, indican que un 25% de los pacientes agónicos requieren del uso de esta práctica. Hay que proporcionar diversos cuidados de un modo integral para mejorar la calidad de vida de estos pacientes y atender sus necesidades, sin olvidarnos además de la familia. ⁽³⁾ Los Cuidados Paliativos son los encargados de desempeñar las funciones que requieren una atención especializada, multidisciplinar, con elevado grado de organización y trabajo en equipo, con la humanización de los cuidados como referente y en el que los cuidados enfermeros como tales cuidados puros, deben colocar al profesional de enfermería en un lugar clave de esta atención, en la que, como es lógico, el paciente y su familia son el centro de nuestra atención.

Después de adoptar la definición de Cuidados Paliativos propuesta por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos en 1990 que lo definía como *“El cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial.”*⁽⁴⁾, la OMS la amplió en 2002: *“Un enfoque de la atención que mejora la calidad de vida de pacientes y familiares, que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades terminales, a través de la prevención y*

alivio del sufrimiento por medio de la identificación precoz, la correcta valoración y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales''.⁽⁵⁾

2.1. Historia

La idea de los Cuidados Paliativos según Robert Twycross, comenzó en Londres en la década de los sesenta (en España fue más tardía iniciándose en los años 80). También se denominaban cuidados tipo ``*hospice*´´, que derivaron de los hospicios que existían en el Medievo. La considerada creadora de este movimiento fue Cicely Saunders; ésta comenzó a estudiar política, filosofía y economía en el St. Anne's College (Oxford) por la negativa de sus padres a su deseo de estudiar enfermería. Con el inicio de la Segunda Guerra Mundial en 1939, se despidió de Oxford y decidió comenzar sus estudios en la Escuela de St. Thomas Hospital Nightingale School. Después de trabajar y aprender todo lo que pudo en varios hospice y hospitales como el St. Luke's Home for the Dying Poor o en el St. Joseph's Hospice, fundó en 1961 el St. Christopher's Hospice en Londres, inaugurado en 1967 y considerado el lugar donde surgieron lo que actualmente conocemos como Cuidados Paliativos, el cual sigue funcionando en la actualidad.⁽⁶⁾ Ésta inició su actividad como enfermera siguiendo las corrientes de Florence Nightingale, concediendo más importancia a la responsabilidad que a la obediencia, puesto que el modelo más normal en esa época era la ética de la sumisión. En sus inicios, se tenía la convicción de que en los Cuidados Paliativos, debían primar siempre las creencias religiosas y la ética de la religión católica en clara supremacía con la moral profesional o deontológica.⁽⁷⁾

En los años 60, Cicely Saunders recibe influencias de los movimientos de Norteamérica, donde se defendía la autonomía de las mujeres y de los pacientes. El resultado fue el comienzo del respeto hacia las decisiones que los pacientes tomaban acerca de su vida o su muerte, influyendo de forma decisiva en la teoría y en la práctica de los Cuidados Paliativos, con un cambio que resultó trascendental en la evolución del paternalismo a la ética de la responsabilidad y de la autonomía del paciente, tomando estas decisiones tras ser convenientemente informado de su proceso y de las posibilidades de su tratamiento y recuperación. El término ``*hospice*´´ se fue independizando de la autoridad de los facultativos, teniendo así el cuidado de los enfermos terminales, un espacio más autónomo.⁽⁷⁾

La medicina paliativa es un ámbito que se podría considerar relativamente joven, puesto que su desarrollo es muy reciente. Sin embargo, se han realizado numerosos progresos como el aumento de recursos, la formación de los profesionales, la creación de unidades de cuidados paliativos o la investigación, que ayudan de manera decisiva al desarrollo teórico y práctico de los cuidados paliativos. Uno de los aspectos más relevantes en esta área, es la necesidad de aliviar el sufrimiento del paciente, por eso es importante la aparición de nuevos fármacos necesarios en los casos en los que se dé un mal control de síntomas.⁽⁸⁾

2.2 Definiciones

La OMC y la SECPAL han elaborado una guía que facilita la praxis correcta y segura desde el punto de vista ético y legal de la sedación paliativa para el paciente, la familia y, como no, para los profesionales que lo aplican. En ella se ayuda a comprender mejor los conceptos que se van a manejar a lo largo de la revisión, comenzando por la definición de **sedación paliativa**, la cual entendemos por menguar de manera deliberada los niveles de conciencia del paciente administrando una serie de fármacos, con el fin de aliviar el sufrimiento causado por uno o varios síntomas refractarios.⁽⁸⁾ Cuando el enfermo está en los últimos días o momentos de su vida y padece un gran sufrimiento, la sedación que se utiliza en esta situación debe ser tan continua y profunda como el paciente lo requiera para conseguir el alivio de este intenso sufrimiento, en este caso estaríamos hablando de **sedación paliativa en la agonía o sedación terminal**.⁽⁸⁾ Hablamos de **enfermedad terminal** para referirnos a un proceso sin posibilidad terapéutica de curación, que se encuentra en un estadio avanzado, y cuyo pronóstico no supera apenas los meses o incluso semanas de vida para el paciente.⁽⁸⁾ La **situación de agonía** en un paciente con enfermedad terminal, es la previa a la muerte que va produciéndose de una forma gradual y paulatina, observándose en el paciente un empeoramiento físico con alteraciones en la conciencia, relaciones sociales e ingesta de alimentos, reduciéndose la duración de este estado a horas o días.⁽⁸⁾ Una de las cuestiones más importantes a la hora de deliberar si procede o no la sedación paliativa son los **síntomas refractarios**, que son aquellos que no pueden ser controlados con los tratamientos existentes y que se han utilizado previamente en un periodo de tiempo prudente y moderado⁽⁸⁾; los síntomas refractarios que se observan más

frecuentemente son: la agitación, el delirio, la dificultad respiratoria, el dolor severo, las náuseas y los vómitos ⁽⁹⁾; es importante diferenciarlos de los **síntomas difíciles**, los cuales necesitan procedimientos intensivos aparte de los tradicionales para tener un adecuado control sobre ellos. ⁽⁸⁾

La consejería de sanidad de la Junta de Andalucía propone en su documento de apoyo para la sedación paliativa y terminal, una clasificación del tipo de sedación según: ⁽³⁾

- Su objetivo:
 - Primaria: cuando la sedación es buscada como finalidad.
 - Secundaria: somnolencia como efecto secundario a un tratamiento.
- La temporalidad:
 - Continua: sin periodos de descanso.
 - Intermitente: permite periodos de alerta.
- La intensidad:
 - Profunda: no permite la comunicación del paciente.
 - Superficial: permite la comunicación del paciente. ⁽³⁾

2.3 Escalas

Es interesante monitorizar el nivel de sedación utilizando escalas como la escala de Ramsay (anexo 1), que indica el nivel de sedación del paciente y permite definir el nivel de sedación que se quiere lograr. Fue desarrollada por el médico estadounidense Michael Ramsay y es la más utilizada en el mundo para valorar la sedación ⁽¹⁰⁾. En la mayoría de los casos, el objetivo es mantener al paciente entre los niveles 5 y 6 en la sedación paliativa ⁽¹¹⁾.

La escala de Richmond (anexo 2), también conocida como *Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)*, es utilizada para evaluar el grado de agitación-sedación en pacientes críticos mediante la vigilancia e interacción con el paciente ⁽¹²⁾.

2.4 Fármacos

Cuando hablamos de los fármacos de elección para realizar un buen control de síntomas, hay que tener en cuenta distintos aspectos para elegir la vía más

adecuada, como el contexto clínico del paciente, el tipo de fármaco, la localización del paciente en ese momento o el tiempo previsto que va a durar su administración. También es importante valorar qué fármacos son indispensables y cuáles no, para tratar de administrar únicamente los considerados necesarios. Se pueden clasificar en ⁽³⁾:

- Sedantes: midazolam, diazepam, clometiazol.
- Neurolépticos: levomepromazina, haloperidol, clorpromazina.
- Anestésicos: fenobarbital, propofol. ⁽³⁾

2.5 Bioética

La controversia que generan ciertas acciones en el ámbito clínico conlleva la necesidad del apoyo de la bioética, a fin de resolver los conflictos que puedan sobrevenir de cada caso. En estos momentos es cuando los conocimientos adquiridos en bioética y si fuera preciso, el asesoramiento de los comités de bioética asistencial, resultan de gran ayuda. Es así que surge con mucha frecuencia esta necesidad a la hora de tomar decisiones que marcarán un antes y un después en la vida del paciente, pero sobretodo en el caso de los enfermos terminales por encontrarse en un momento de fragilidad, vulnerabilidad y sufrimiento, además del deterioro físico y psicológico que se producen en esta situación vital acaecida por diferentes procesos de enfermedad y frecuentemente a consecuencia del cáncer. ⁽¹³⁾ Según la Sociedad Española de Oncología Médica el número de fallecidos en España a causa de tumores en 2016 fue de 112.939 muertes, un 27,5% del total. ⁽¹⁴⁾ A nivel mundial, la OMS cifró en 8,8 millones las muertes por cáncer en 2015. ⁽¹⁵⁾

El oncólogo estadounidense Van Renssealer Potter, considerado el padre de la bioética, fue un importante bioquímico estadounidense que ejerció como profesor de Oncología en el McArdle Laboratory for Cancer Research, de la Universidad de Wisconsin-Madison durante más de 50 años ⁽¹⁶⁾, el cual acuñó en su obra *Bioethics: bridge to the future (1971)* el término bioética; en él expresaba la necesidad de combinar los hechos y los valores para así tener una visión más global de los problemas que pudieran surgirle al hombre contemporáneo. ⁽¹⁷⁾

Diego Gracia fue el que especificó más acertadamente la *“ética de los principios”*. En 1974, el Congreso de EE.UU. creó la *National Commission for the protection of Human Subjects and Behavioral Research* con el fin de identificar los principios éticos básicos para guiar las actuaciones en la biomedicina. En el **principio de autonomía** se habla del respeto a las decisiones y opiniones autónomas de los pacientes por parte del personal sanitario, evitando obstaculizar sus acciones salvo en el caso de que se pudiera dañar claramente a otra persona. El **principio de beneficencia** se puede entender como la obligación de conseguir el bien del paciente. De aquí se derivaría el **principio de no maleficencia**, que expresa el no hacer daño, esta aportación la hicieron en 1979 Childress y Beauchamp, y fue aceptada por la moral tradicional. El último es el **principio de justicia**; la Comisión lo orienta a que los sujetos iguales deben tratarse de la misma manera haciendo un reparto equitativo de las cargas y beneficios. En España, Diego Gracia establece el *“principialismo jerarquizado”*, estructurando los cuatro principios en dos niveles; agrupando en el primer escalón el principio de no maleficencia y el de justicia representando estos la *“ética de mínimos”*, que expresa lo mínimo que se exige a un acto para que pueda ser considerado ético. En el segundo escalón se encuentran el principio de beneficencia y autonomía, constituyendo la *“ética de máximos”* intentando conseguir con la acción, la máxima satisfacción del paciente. ⁽¹⁸⁾

En el caso de los enfermos terminales, la problemática existente se debe a las diferentes opciones que se presentan ante casos de pacientes que se acercan al final de sus días y en los que existe un mal control de síntomas o sufrimiento intenso; pudiéndose plantear la sedación irreversible para aplacar estos dolores y aquí es donde surgen los problemas legales y las contradicciones. ⁽¹³⁾

En la sedación terminal, resulta fundamental e imprescindible tener en cuenta la regla ética del *“Doble Efecto”*, en la que se defiende que un acto moralmente bueno está definido en parte por su intencionalidad, aunque eso no excluye que de esa acción puedan derivar efectos que no son deseados y puede que sean perjudiciales, pero que a pesar de ello, tienen que ser moralmente tolerados. Esta regla es elemental en la asistencia a pacientes sedados y en la administración de fármacos que pueden acelerar la muerte. Para aplicar este principio al tratamiento analgésico en el caso de la sedación, habría que analizar si el fin principal es aliviar

el dolor, lo cual sería el efecto bueno, y si ya se han agotado todos los tratamientos alternativos que carecen de efectos negativos o indeseados. Es habitual que al recurrir a terapias como la sedación, forje desconcierto sobretudo en las familias, puesto que se podría llegar a pensar que estas terapias puedan suponer un tipo de eutanasia.⁽¹⁹⁾ Resulta crucial para las enfermeras conocer y aceptar estos riesgos y asumir esta norma moral.

2.6 Marco legal

Respecto al marco legal, la comunidad andaluza fue la primera en publicar una ley que garantizara la dignidad de la persona en el proceso de la muerte: Ley 2/2010 de 8 de abril de **Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte** que deja claro el objeto de la misma en su artículo 1: *“Regular el ejercicio de los derechos de la persona durante el proceso de su muerte, los deberes del personal sanitario que atiende a estos pacientes, así como las garantías que las instituciones sanitarias estarán obligadas a proporcionar con respecto a ese proceso.”* y define como sedación paliativa en su artículo 5: *“La administración de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de la persona en situación terminal o de agonía, para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios, previo consentimiento informado explícito en los términos establecidos en la Ley”*. En su artículo 14 regula también el derecho de los pacientes a la administración de sedación paliativa: *“Los pacientes en situación terminal o de agonía tienen derecho a recibir sedación paliativa, cuando lo precisen”*.⁽²⁰⁾ La siguieron la comunidad navarra⁽²¹⁾ y la aragonesa⁽²²⁾. Según la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud: *“la atención a los pacientes en fase terminal es un derecho reconocido por organismos internacionales y una prestación sanitaria claramente descrita en la legislación española y está incluida como prestación básica en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud”*.⁽⁴⁾

En el artículo 8 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, **básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica** cuyo conocimiento resulta crucial tanto para los pacientes, como para los profesionales sanitarios quienes son garantes de lo que expresa su articulado y, en cuya ley queda reflejada la necesidad del

Consentimiento Informado, fundamental en nuestra profesión ante la realización de cualquier actuación en el ámbito sanitario como es en este caso la sedación paliativa, algunos de los puntos clave de este documento son ⁽²³⁾:

- Todo acto que implique o comprometa la salud del paciente necesita el consentimiento libre y voluntario de éste, después de haber expuesto la información del proceso que se va a realizar con sus correspondientes beneficios, riesgos y/o efectos secundarios.
- En general, el consentimiento se puede dar de forma verbal, excepto en casos de procedimientos invasivos o intervenciones quirúrgicas que conlleven algún riesgo para el paciente, en estos supuestos se dará de forma escrita.
- El paciente podrá anular o revocar su consentimiento libre y voluntariamente en el momento que el precise. ⁽²³⁾

2.7 Objetivos

Objetivo general:

- Conocer los problemas y controversias actuales que derivan de la sedación paliativa al final de la vida.

Objetivos específicos:

- Reflexionar acerca de las situaciones en las que es correcto aplicar la práctica de la sedación paliativa.
- Concretar un buen proceder en cuanto a los aspectos éticos y morales a la hora de ponerla en práctica.

2.8 Justificación

La problemática o controversia existente entre los familiares, pacientes y médicos a la hora de tomar decisiones que supongan un antes y un después para un paciente al final de su vida, y que muchas veces supongan un gran sufrimiento para esta persona, ha sido el motivo de elección de este tema; las vivencias propias en las prácticas han servido para ver la necesidad de priorizar la calidad de vida del paciente y no solo la prolongación de ésta a toda costa. Las diferentes opciones existentes, hacen que surja el planteamiento de lo que está bien y lo que está mal, necesitando resolver los conflictos de forma moralmente correcta.

3. METODOLOGÍA

Para desarrollar el trabajo se ha realizado una revisión sistematizada utilizando la búsqueda bibliográfica en relación con la sedación paliativa y las cuestiones más polémicas que plantea. La búsqueda se ha realizado desde diciembre hasta mayo, delimitándola con los siguientes criterios de inclusión y exclusión necesarios para conseguir los artículos que se aproximen más a la información necesaria para conseguir los objetivos propuestos:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Artículos cuyo tema principal sea la sedación paliativa	Repetido en la búsqueda (ya se ha incluido en otra base de datos)
Cronología: entre 2008 y 2017	Artículos de acceso restringido
Artículos en inglés y castellano	Artículos parciales o solo el resumen
Artículos en texto completo y gratuitos	Cartas
Orientados hacia el personal sanitario	Artículos que no contengan las palabras clave

Tabla 3. Criterios de inclusión y exclusión.

Se especificó la búsqueda con los siguientes descriptores:

DeCS	MeSH
Sedación paliativa.	Paliative Sedation.
Sedación terminal.	Terminal Sedation.
Cuidados Paliativos.	Paliative care.
Sedación y bioética.	Bioethic and sedation.

Tabla 4. Descriptores.

→ Además se utilizaron los siguientes operadores booleanos:

- AND
- OR

→Se han utilizado las siguientes bases de datos: Scielo, LILACS, PubMed, Cochrane y Google Académico.

Después de una búsqueda bibliográfica selectiva aplicando los diversos filtros disponibles, se han seleccionado 18 artículos. Se buscó en todas las bases de datos nombradas con todos los descriptores posibles para cada una, pero al final las opciones de artículos válidas se redujeron a las tres siguientes:

- **PubMed:** se utilizaron los descriptores “Paliative AND sedation” y se establecieron los filtros de búsqueda “free full text”, spanish and english, humans y un margen temporal desde 2008 hasta 2017 y resultaron 98 artículos de los que fueron seleccionados 4.
- **LILACS:** se utilizaron los descriptores:
 - “Sedación AND paliativa” y resultaron 20 artículos de los que fueron seleccionados 5.
 - “Sedación AND terminal” y resultaron 25 artículos de los que fueron seleccionados 3.
- **Google Académico:** se utilizaron los descriptores “Sedación AND paliativa” con los filtros “solo título” y un margen temporal desde 2008 hasta 2017 y resultaron 68 resultados de los que fueron seleccionados 6.

	Artículos Encontrados	Artículos pre-seleccionados	Artículos definitivos
PubMed	96	10	4
LILACS	45	10	8
Google Académico	68	12	6
Scielo	9	0	0
Cochrane	22	0	0

Tabla 5: Artículos seleccionados.

4. RESULTADOS

Se exponen los resultados extraídos de los 18 artículos seleccionados, que han sido clasificados en distintos apartados que tratan las cuestiones más polémicas acerca de la sedación paliativa.

4.1 Diferencias relevantes entre sedación paliativa y eutanasia

La práctica de la sedación paliativa puede crear diversos debates y conflictos éticos, y uno de los puntos más controvertidos es la equiparación de la sedación paliativa con la eutanasia.

→ El Dr. Ricardo Hodelín Tablada en su artículo de revisión sobre el principio del doble efecto en la sedación paliativa, realizado en el Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico “Saturnino Lora Torres”, en Santiago de Cuba, apoya el planteamiento de que legitimizar cualquier acto que atente contra la vida sería legalizar un acto que dañaría este derecho fundamental, no pudiendo así, poner en peligro el personal sanitario la vida de alguien, aunque sea por una petición expresa del enfermo. Así bien, reserva el término eutanasia para la acción de acabar con la vida de un paciente en situación terminal o de gran sufrimiento que lo demande reiteradamente. ⁽¹⁹⁾

→ Según Antonio González González en su artículo de opinión sobre las voluntades anticipadas y la sedación paliativa, la gran diferencia entre los términos sedación y eutanasia viene dada en que, en la sedación se alivia el sufrimiento del paciente y el fin principal de la eutanasia es producir la muerte de éste. Añade también, en cuanto a términos de legalidad, que la eutanasia en España no es legal, lo contempla el artículo 143 del Código Penal, en cambio en algunos países europeos como Holanda o Bélgica está legalizada desde el año 2000. ⁽²⁴⁾

→ En la revisión bibliográfica de José Molina realizada en la Universidad Católica de Argentina, enumera los elementos de un acto eutanásico debiendo de ser estos: que el paciente se encuentre en situación de enfermedad terminal o irreversible, una petición repetida y que se mantiene en el tiempo, y por último un acto de alguien que ayude o no en la muerte del enfermo; a partir de estos elementos mencionados, enumera las acciones médicas que no se pueden confundir con eutanasia siendo estas: no comenzar ningún tratamiento que no fuera proporcional con la situación o

enfermedad, retirarlo si se comprobara que no se ajusta a las circunstancias del enfermo y utilizar fármacos sedantes para aliviar los síntomas que causen malestar o sufrimiento en el paciente en situación de últimos días o en otra ocasión. Esclarece la diferencia entre estas dos prácticas según la intencionalidad, el proceso y el resultado. ⁽²⁵⁾

→ Según Paulina Taboada, para hacer un juicio correcto de un acto con posibles consecuencias negativas, como el aceleramiento de la muerte, se podría distinguir entre la ``intención directa`` y la ``intención oblicua`` de la persona que lo lleva a cabo, que se corresponde con lo que llamamos ``efectos buscados`` y ``efectos previsibles`` que se justifican con el principio de doble efecto sobre el que se hablará más adelante. Por lo tanto las diferencias se dan: en cuanto al objetivo terapéutico, el contenido de la intención directa y oblicua y el carácter de los posibles efectos negativos. Establece así, una clara distinción entre la sedación paliativa y la eutanasia tanto desde la perspectiva legal como ética. ⁽²⁶⁾

→ Las principales diferencias entre sedación paliativa y eutanasia se pueden observar cuando hablamos de intención, proceso y resultado principalmente además de otros aspectos (anexo 3). ^{(25),(27),(28),(29),(30),(31) (32)}

4.2 Acortamiento o no de la vida en la sedación paliativa

→ Paulina Taboada en su revisión, refiere el pequeño riesgo de aceleramiento de la muerte en casos individuales, mencionando también que la tendencia general es que esta práctica no influya en el acortamiento del proceso hacia la muerte, teniendo que valorar en cada caso, si es necesario asumir ese riesgo dependiendo del estado y de la expectativa de vida de cada persona. ⁽⁹⁾

→ El artículo de revisión de Patricia Bonilla, realizado en Instituto Médico la Floresta, en Caracas, aclara que no existen diferencias entre los pacientes sedados y no sedados en cuanto al aceleramiento de la muerte, pero refleja la inconsistencia de estos datos por falta de metanálisis. ⁽²⁷⁾

→ Rada-Ortega, Pérez-toro, Echeverri-saldarriaga y Reyes- Márquez, sugieren en su revisión realizada en la Universidad CES, en Medellín, que la mayoría de las

veces, la sedación en el final de la vida no reduce la duración de ésta, sino que la enfermedad es el componente principal que lleva a la muerte al paciente. ⁽³¹⁾

→ García, Pérez, Albuerne, Cabrera y Morgado realizaron un estudio retrospectivo y descriptivo llevado a cabo en 30 pacientes oncológicos (en etapa terminal y con síntomas refractarios) del Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras", en La Habana. Evidenciaron que la duración de los pacientes sedados desde que se inició la sedación es de 48 horas, un periodo de tiempo análogo al de los pacientes no sedados. ⁽³²⁾

→ En el estudio retrospectivo de Sophie Schur et al. realizado en Austria en plantas de cuidados paliativos y equipos móviles de cuidados paliativos, se utilizaron los registros médicos de 2414 pacientes fallecidos. En sus resultados se expone, que los pacientes sedados eran más jóvenes que los que no lo estaban (67 años y 74 años) respectivamente. La mediana de días de ingreso en cuidados paliativos y el momento de la muerte no se diferenció de manera significativa entre los pacientes sedados y los no sedados (10 vs 9 días) así que lo considera una actuación clínica apropiada puesto que según ellos, no altera la supervivencia. ⁽³³⁾

→ Según el artículo de Santos, Della, Barlocco, Pereyra y Bonilla, en su estudio descriptivo y retrospectivo realizado en 274 pacientes en la Unidad de Cuidados Paliativos del Servicio de Oncología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas en Montevideo, la media de días entre el ingreso del paciente y el momento de su muerte es de 2,6, con un tiempo de fallecimiento variable desde el inicio de la sedación, por lo que apoya la teoría de que esta práctica no adelanta la evolución natural de la enfermedad. ⁽³⁴⁾

→ El estudio de Nabal et al. llevado a cabo en el Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida, se dividió en dos fases: análisis descriptivo y estudio cualitativo tipo Delphi. Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de las historias de los pacientes oncológicos fallecidos entre octubre y diciembre de 2010, para después analizarlo cuantitativamente. En este caso expone que la duración media de la sedación en su estudio es de 1,2 días, con un rango entre horas y 4 días, pero no hace distinción ni de los pacientes sedados y no sedados, ni de los que fallecen y los que no. ⁽³⁵⁾

→ Por otra parte, en la revisión de Nogueira y Sakata, se concluye que no hay consenso en los posibles efectos de acortamiento de la vida.⁽³⁶⁾

4.3 Principio de doble efecto

Para que una actuación con un efecto bueno y otro malo sea legítima o permisible, deben darse cuatro condiciones:

- Que el acto en cuestión sea bueno o neutro.
- Que el efecto malo predecible no sea buscado directamente, únicamente tolerado.
- Que el efecto beneficioso no tenga que depender del indeseado, es decir, no se puede obtener el efecto bueno del malo.
- Que el fin del bien que se busca sea proporcional al mal causado.
(19)(25)(26)(29)(30)(34)

→ Así bien, según Ricardo Hodelín Tablada, al aplicar esto en la sedación hay que analizar que el fin principal sea aliviar el dolor, y por supuesto que se hayan agotado antes todos los tratamientos que carezcan de efectos negativos. La supresión de la conciencia será moralmente legítima cuando dependa de una causa terapéutica justificada y necesaria, sin ser directamente buscada, solo tolerada.⁽¹⁹⁾

→ Paulina Taboada explica la aplicación del principio de doble efecto, concluyendo que es válido el uso de éste, siempre y cuando se pueda predecir que la utilización de sedantes tendrá como efecto la aceleración de la muerte del paciente o cuando el mismo no pueda recuperar la conciencia. Estos efectos nunca serían moralmente aceptables si fueran provocados intencionadamente, sin embargo, sí que son aceptados como efectos colaterales de acciones buenas que son necesarias para conseguir el bien principal, que en este caso sería el control de los síntomas al final de la vida.⁽²⁶⁾

→ En la revisión de Lavernia y Morgado, se refiere que el efecto no deseado estará permitido siempre y cuando no se haya tenido la intención de provocarlo o buscarlo; con esto, no se debe entender que el efecto malo sea la muerte, puesto que el paciente fallecerá de todas formas debido a su patología. El compromiso moral del

equipo de salud incurre en la toma de decisiones que se han asumido para poder aliviar el sufrimiento del paciente, no siendo así, lo más importante, el resultado de la acción midiéndolo en si la persona vive o muere.⁽²⁹⁾

→ Según Jorge Luis Soriano García et al. en su artículo para la revista cubana de medicina, este principio es fuente de una base moral legal y ética que está aceptada tanto en el ámbito ético como en el legislativo. Éste valida la sedación para aliviar el sufrimiento a consecuencia de un síntoma refractario, y justifica que la muerte no se produce de manera intencionada sino como un efecto secundario de una acción buena, no pudiendo considerarse así como el efecto indeseado.⁽³²⁾

→ Estaría justificado el uso del principio de doble efecto en pacientes en situación de últimos días cuando el fin principal del empleo de los fármacos sedantes sea paliar síntomas y no abolir el nivel de conciencia, o el posible aceleramiento de la muerte, puesto que la expectativa de alivio compensa los demás efectos.⁽³⁷⁾⁽³⁰⁾⁽²⁵⁾

4.4 Nutrición e hidratación

→ En el artículo de Paulina Taboada R. se analiza si suspender la nutrición o hidratación asistidas es una condición necesaria para iniciar la sedación paliativa. Explica que el paciente que inicia este tipo de sedación, es previsible que al final de la vida pierda su capacidad de hidratarse o nutrirse espontáneamente dependiendo del nivel de la sedación. Esto sugiere que podría existir la obligación moral de proporcionar una hidratación mínima a los pacientes sedados con esperanza de vida mayor a dos semanas, puesto que no hacerlo podría suponer un tipo de eutanasia por omisión al desembocar en un anticipamiento de la muerte por deshidratación y no por la evolución normal de la enfermedad. Por esto, nombra a la European Association for Palliative Care (EAPC) la cual sugiere que las indicaciones de estas prácticas deben considerarse decisiones independientes de cada caso en concreto.⁽²⁶⁾

→ Liliana H. Rodríguez comenta en su artículo de revisión, elaborado en el Hospital Italiano de Buenos Aires, que el mantenimiento de la hidratación o alimentación artificial debe considerarse un proceso aparte del de la sedación. Sin embargo, hay que tener en cuenta en cada caso en particular, los deseos o peticiones del paciente

y su familia, sobre todo cuando se va a iniciar la sedación y se prevé pérdida de conciencia, valorando también desde el equipo de salud, los riesgos y beneficios de esta práctica al intentar llegar al objetivo principal, que es paliar los síntomas que causen sufrimiento al paciente. Las medidas de hidratación o nutrición pueden considerarse como el soporte mínimo que toda persona puede necesitar o como una prolongación de la agonía y en este caso pueden ser suspendidas. En los casos en los que estas acciones puedan alterar el malestar del paciente deben ser reducidas o suspendidas.⁽²⁸⁾

→ Patricia Bonilla refiere que no existe claridad o consenso sobre cuándo suspender la hidratación y nutrición artificial, aunque sugiere que podría hacerse en la fase agónica argumentando también que el no suspender esta terapia podría aumentar los síntomas cardio-respiratorios. Concluye que no hay evidencia de que la nutrición artificial prolongue la supervivencia de los pacientes en fase terminal, aunque sí que podría aumentar los riesgos, por lo que se recomienda eliminarla o suspenderla cuando se inicie la sedación profunda.⁽²⁷⁾

→ Según la revisión de Olsen, Swetz y Mueller, no existe una evidencia clara que indique la prolongación de la vida gracias a la nutrición o hidratación artificial en pacientes que se encuentran en situación de últimos días, además en el análisis de varios estudios, no demuestra que esta práctica pueda proporcionar beneficios en cuanto a la supervivencia en pacientes terminales que aún no son considerados moribundos. En ocasiones, cuando un paciente presenta síntomas refractarios, la nutrición artificial puede continuarse o suspenderse dependiendo de las condiciones y los objetivos de cada caso en concreto.⁽³⁰⁾

→ Jorge Luis Soriano García et al., consideran en su estudio ,que la hidratación artificial podría no ayudar al alivio del sufrimiento, además de suponer ciertas desventajas como tener que realizar técnicas sobre el paciente o incrementar incluso algunos síntomas. Concluyen con que, en general, no deberían administrarse fluidos a los pacientes que se encuentren en sedación profunda.⁽³²⁾

→ Nogueira y Sakata, argumentan en su artículo de revisión la falta de protocolos de soporte hídrico e hidratación en pacientes en etapa terminal. Se evidencia que la

nutrición artificial prolonga la vida; comentan que hay casos en los que se sugiere suspenderla en el momento del inicio de la sedación. Aunque en situaciones de últimos días, la hidratación y la nutrición artificial pueden ser irrelevantes, hay ocasiones en los que puede ser beneficioso tanto a nivel cultural como psicológico. Se concluye con la falta de consenso en la opinión de los expertos; la decisión de aplicar esta terapia o no en pacientes terminales debe tomarse de forma individual a la de iniciar la sedación, y solo hacer uso de esta práctica si el beneficio es mayor que las posibles consecuencias negativas.⁽³⁶⁾

4.5 Farmacología

Es importante tener en cuenta algunos aspectos a la hora de elegir el fármaco que vamos a utilizar:

- Elegir de forma acertada el medicamento dependiendo del síntoma a tratar.
- Monitorizar correctamente al paciente durante la sedación con la ayuda de diversas escalas como la de Ramsay.
- Concretar la dosis necesaria hasta llegar al nivel requerido de sedación.
- Se pueden administrar bolos adicionales de medicación para conseguir un mantenimiento del nivel conseguido.
- La vía de administración, el lugar de instauración y los recursos necesarios.
(28)(29) (36)

→ Las benzodiacepinas son los fármacos más utilizados, sobretudo el midazolam (es la droga más utilizada) y los barbitúricos, además también se recurre a los neurolépticos (anexo 4).⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾⁽³⁶⁾

→ Patricia Bonilla en su artículo de revisión, apoya que la elección del medicamento dependerá del síntoma refractario. En el caso de que hablemos de delirio, el tratamiento se iniciará con levomepromazina con una dosis de 25 mg cada 6 u 8 horas por vía intravenosa o subcutánea, pudiéndose alcanzar la dosis máxima de 300 mg/día. En los demás síntomas el tratamiento se iniciara con benzodiacepinas, como por ejemplo el midazolam; iniciándose a dosis de 0,5 a 2mg/hora, pudiendo requerirse de 1 a 20 mg/hora. Si se necesitan dosis superiores a 200 mg y el síntoma no llega a ser controlado, o se presenta agitación, se puede utilizar

levomepromazina sola o combinada con el midazolam. Si fallara el tratamiento anterior se recurriría al fenobarbital o propofol. Es recomendable iniciar con una dosis de inducción, repitiéndola cada 20 minutos hasta que el síntoma vaya desapareciendo, en infusión continua vigilándola tres veces al día. El nivel de sedación debe ser el mínimo posible para establecer el control del síntoma refractario; frecuentemente se logra controlar el síntoma, y la sedación puede revertirse pero al suceder esto puede volver a aparecer el síntoma refractario, debiéndose de iniciar de nuevo la sedación. ⁽²⁷⁾

→ En el artículo de Camilo Rada-Ortega et al., se exponen los medicamentos utilizados en la sedación paliativa, siendo el más frecuente el midazolam con una dosis variable de 20 a 120 mg al día; su elección es debida a su corta vida media y su rápido inicio de acción. Cuando hay síntomas de delirio o delirium, los fármacos de elección en este caso son la levomepromazina (12.5 – 25 mg/8 h) y la clorpromazina (37.5 - 150 mg/día). En el caso de que el paciente presentara convulsiones, son útiles el fenobarbital y el propofol siempre y cuando no se responda al tratamiento. Los opioides son utilizados para analgesiar o aliviar los signos de disnea. ⁽³¹⁾

→ En los resultados obtenidos por Jorge Luis Soriano et al. en su estudio sobre la utilización del midazolam en la sedación paliativa, se observó que la vía más utilizada fue la subcutánea y en más del 70% de los pacientes se utilizó la sedación intermitente. El rango de dosis utilizado se situó entre 10 y 60 mg/día de midazolam, utilizando las dosis más bajas cuando hubo signos de ansiedad, menos síntomas refractarios, la vía subcutánea y la administración domiciliaria. ⁽³²⁾

→ Sophie Schur et al. obtuvieron en sus resultados que el midazolam se utilizó con mayor frecuencia para la sedación en un 79% de los casos (n=395), seguido del lorazepam con un 13% de los casos (n=66), haloperidol en un 10% (n=51), levomepromazina 3% (n=17), diazepam 3% (n=14) y propofol 3% (n=13). La mayoría de los pacientes solo se les administró un fármaco 88% (n=443) y un 11% recibieron dos (n=53). Las vías de administración fueron en primer lugar la intravenosa continua en el 50% de los pacientes (n=253), intravenosa en bolo en un 42%

(n=209), subcutánea continua en un 11% (n=56) y subcutánea en bolo en un 20% de los pacientes (n=100).⁽³³⁾

→ En el estudio descriptivo y retrospectivo realizado en la unidad de Cuidados Paliativos del hospital de Montevideo se extrajeron los datos de 58 pacientes en los que en un 96,5% se utilizó el midazolam y en un 39,6% el haloperidol (en todos los pacientes se siguió administrando la analgesia previa). La vía de elección fue la intravenosa en un 48,4% de los casos y la subcutánea en un 51,7% de los casos. La inducción de la sedación se hizo con midazolam en un 13,8% de los casos. La dosis media de inicio de sedación con midazolam fue de 71 mg/día y la dosis de finalización de 73 mg/día, en el caso del haloperidol, la dosis de inicio y la dosis final fue de 15 mg/día.⁽³⁴⁾

→ Según el estudio de María Nabal et al. se utilizaron una media de 2,6 fármacos (con un rango de entre 1 y 3) durante la sedación paliativa de los 48 pacientes sobre los que se realizó el estudio. En éstos se incluían fármacos sedantes y también fármacos para el control de síntomas: morfina con dosis media de 40 mg (rango de entre 50 y 120 mg/día), midazolam con dosis media de 38,9 mg/día (rango de entre 5 y 150 mg/día), haloperidol utilizado en 2 casos, con dosis de entre 5 y 10 mg/día, la escopolamina se usó en 16 casos con un rango de dosis de entre 0,5 y 1,5 mg. La combinación de medicamentos más frecuentemente utilizada fue: morfina, midazolam y escopolamina, usando esta asociación en 16 casos.⁽³⁵⁾

En el caso de los opioides, están indicados para aliviar el dolor en pacientes en etapa terminal; su acción es sinérgica con la mayoría de los hipnóticos y neurolépticos. Lo más adecuado es elegir el opioide en función de la intensidad del dolor. Para el dolor no severo, se puede utilizar el tramadol (agonista opioide) en combinación con otras drogas⁽³⁶⁾.

→ En la revisión bibliográfica realizada por Pérez, Molina, Chacón y Rodríguez, se explica los fármacos de elección utilizados en la sedación paliativa siendo estos: las benzodiacepinas (midazolam), los opioides (cloruro mórfico), los neurolépticos sedativos (clorpromazina o levomepromazina), los anticonvulsivantes (fenobarbital) y los anestésicos (propofol). La primera opción es el midazolam (excepto en el delirium donde se utilizaría la levomepromacina), siendo su dosis de 2,5 a 5 mg

cada 4 horas por vía subcutánea, y también puede ser administrado en bolos. En vía intravenosa será de 1,5 a 3,5 mg en bolo lento y repitiendo las dosis cada 5 minutos. En la levomepromacina, su dosis por vía subcutánea sería como la del midazolam y en cuanto a la vía intravenosa, hablaríamos de 12,5 a 25 mg cada 6-8 horas. El fenobarbital, usado en las convulsiones, se utiliza con una dosis por vía subcutánea de 100 mg y por vía intravenosa de 2 mg/kg mediante una lenta administración. Los opioides no son drogas específicas para la sedación paliativa, sino que se utilizan de manera eventual ante síntomas refractarios de dolor o disnea. El haloperidol se utiliza como coadyuvante cuando existen náuseas o vómitos. ⁽³⁸⁾

4.6 Toma de decisiones

→ Liliana H. Rodríguez considera que la sedación debe ser discutida con antelación con el paciente, con la familia y con los integrantes del equipo de salud; señala que los aspectos a tener en cuenta son: la anticipación de sus efectos, el estado del paciente, la justificación de que es el único tratamiento posible para el alivio sintomático, el consentimiento informado, la estrategia de sedación, el soporte a la familia, el registro y el cuidado del equipo profesional. Remarca que ni el enfermo, ni la familia o representantes son los que indican la sedación, solo expresan los deseos o voluntades del paciente. Al ser una práctica médica, su indicación le corresponde al equipo de salud. ⁽²⁸⁾

→ Lavernia y Morgado en su revisión bibliográfica, comentan que en el proceso de toma de decisiones en lo que respecta a la sedación paliativa, es importante tener en cuenta todos los elementos del entorno del paciente para tomar una decisión éticamente correcta. Estos elementos serían tanto los aspectos clínicos como el entorno social de la persona, que ayudarán a que la decisión de aplicar o no la sedación, sea éticamente consistente. ⁽²⁹⁾

→ En la revisión de Patricia Bonilla sobre la terapia de sedación, argumenta que después de decidir de forma consensuada el porqué de realizar la sedación (qué síntoma refractario, por alivio del sufrimiento), el equipo de salud debe informar al paciente y la familia de la posibilidad de tratamiento. Previamente se debe estudiar

de forma integral el entorno del paciente y de la familia (físico, emocional, social, espiritual) para así poder informarles del objetivo principal de la sedación. ⁽²⁷⁾

→ Según Fabiola Leite Nogueira et al., la decisión de sedar o no debe ser discutida entre los profesionales de salud, el paciente y su familia, teniendo en cuenta la situación de grave sufrimiento debido a los síntomas refractarios. Se deben tener en cuenta las condiciones del paciente. La disposición de aplicar o no la sedación implica tener en cuenta el nivel de sedación, el fármaco utilizado y la dosis requerida. ⁽³⁶⁾

→ Alvaro Sanz Rubiales et al. comentan en su revisión la importancia de que la decisión de sedar a un paciente sea resultado de una reflexión basada en los valores y deseos del paciente, teniendo relevancia también los aspectos de su biografía en la toma de decisiones. ⁽³⁷⁾

→ En el estudio de investigación de tipo exploratorio-descriptivo de abordaje cualitativo de Melisse Eich et al. sobre la deliberación moral, se entrevistó a un total de 10 integrantes de un equipo de salud en sector de cuidados paliativos de un hospital de la región Sur de Brasil. La entrevista se dividió en los siguientes subapartados: comprensión de los conflictos éticos, planeamiento del proceso y soluciones para los conflictos éticos. Se evidencia que el proceso de deliberación se encuentra todavía en fase de desarrollo. Es importante y necesario que los hechos estén esclarecidos y que los posibles conflictos éticos se tengan en cuenta en el equipo de salud multiprofesional; además de que los valores del paciente y de su familia sean considerados y respetados. La decisión de poner en práctica o no la sedación paliativa necesita una gran deliberación por parte de los profesionales, respetando siempre los deseos de la persona enferma y sus familiares en el momento de la decisión. ⁽³⁹⁾

4.7 Cuándo está indicada la sedación paliativa

Se puede categorizar de la siguiente forma las situaciones clínicas en las que estaría indicada la sedación paliativa:

1. En pacientes que padezcan insomnio o ansiedad como sedación transitoria o de descanso.

2. Como sedación transitoria para realizar procedimientos que puedan resultar dolorosos o incomoden al paciente.
3. Como sedación transitoria para el cuidado de lesiones o posibles quemaduras.
4. Para controlar posibles situaciones amenazantes como sangrados o crisis de ansiedad también de modo transitorio.
5. Como sedación en el final de la vida para retirar el soporte ventilatorio.
6. Para el manejo de síntomas refractarios en el final de la vida.
7. Como sedación para el sufrimiento psicológico o existencial.⁽²⁸⁾⁽⁹⁾

Además, en la revisión bibliográfica de José Molina se añade:

- Cuando se necesita realizar un procedimiento terapéutico para obtener un diagnóstico que pueda causar dolor o distrés de algún tipo.
- Para controlar un posible síntoma físico o psicoemocional que pueda ser difícil o refractario fuera del periodo de agonía.
- Para controlar un posible síntoma físico o psicoemocional que pueda ser difícil o refractario en un paciente en etapa de agonía.⁽²⁵⁾

→ Según Patricia Bonilla la única condición para realizar este tratamiento es que existan síntomas refractarios, si se practicara ante síntomas difíciles sería una decisión incorrecta.⁽²⁷⁾

→ Camilo Rada-Ortega et al. hablan en su artículo de la indicación de sedación paliativa para pacientes con enfermedad avanzada o incurable con el fin de aliviar los síntomas refractarios a otras formas de tratamiento. También es importante mencionar que existe la opción de sedación al final de la vida a consecuencia de síntomas espirituales por falta de interés en la vida o por miedo a la muerte, se muestra que en ocasiones estos síntomas ganan relevancia a los síntomas físicos.⁽³¹⁾

→ El estudio de Jorge Luis Soriano et al. sugiere que las indicaciones más frecuentes en la sedación paliativa son en la fase de agonía y son en momentos extremos de delirio, disnea, hemorragia masiva y ansiedad que no han podido ser controlados por otros tratamientos aplicados de manera correcta.⁽³²⁾

→ El estudio de Sophie Schur et al. realizado en Austria, revela que las principales indicaciones para la sedación fueron: delirio en un 51% (n=254), angustia existencial en un 32% (n=159), disnea con un 30% (n=151), dolor en un 20% (n=99) y otros motivos 11% (n=56).⁽³³⁾

→ En el estudio realizado en la unidad de cuidados paliativos de Montevideo por David Santos et al. se cumplieron los siguientes requisitos para su indicación: etapa terminal, consentimiento informado y síntoma refractario; no se produjo ninguna indicación por causa psicológica a pesar de la evaluación en este ámbito, no se pudo concluir en la refractariedad de este síntoma.⁽³⁴⁾

→ En el artículo de revisión de Nogueira y Sakata, se refiere que las indicaciones para la sedación son: dolor, delirio, agitación y disnea; generalmente los pacientes presentan al menos dos síntomas refractarios. También señala que la sedación está indicada siempre que los tratamientos paliativos hayan fallado y siempre que el paciente tenga síntoma refractario y no tenga perspectivas de supervivencia.⁽³⁶⁾

→ Rocío Pérez et al. afirman que la sedación paliativa está indicada siempre y cuando hablemos de un paciente que se encuentre en situación terminal o de agonía.⁽³⁸⁾

5. DISCUSIÓN

Con respecto a la discrepancia entre sedación paliativa y eutanasia, se puede inferir que existe una clara diferenciación entre estos dos términos, y así lo refieren ocho artículos ^(19, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 32). Seis de ellos ^(25, 26, 29, 30, 31, 32) clasifican esta discrepancia dependiendo de tres aspectos principales: intencionalidad, proceso y resultado. Uno de los artículos ⁽²⁶⁾ va más allá, y ofrece unas diferencias más específicas siendo así: el objetivo terapéutico, el contenido de la intención directa y de la intención oblicua y el carácter de los efectos negativos. En dos artículos ^(24, 19) solo señalan la distinta intencionalidad de ambas según su objetivo.

La disyuntiva del posible acortamiento de la supervivencia debido a la sedación, se trata en ocho de los artículos ^(9, 27, 31, 32, 33, 34, 35, 36), existiendo diversidad de opiniones. Lidera la creencia de que esta práctica no adelanta la evolución de la enfermedad terminal ni acorta la vida, así lo expresan cinco artículos ^(27, 31, 32, 33, 34). En dos artículos, existen discrepancias refiriendo en uno ⁽⁹⁾ la existencia de un pequeño riesgo de aceleramiento y concretando el restante ⁽³⁶⁾ la falta de consenso con respecto a este tema. Por último, uno de los artículos ⁽³⁵⁾ indica únicamente la duración de la sedación sin aclarar diferencias entre sedados y no sedados, ni concluir si existe diferencia en la supervivencia.

En ocasiones cuando se recurre a terapias como la de la sedación paliativa, surgen una serie de conflictos morales en los que se necesita recurrir a principios como el de doble efecto para solucionarlos. En este caso, hay bastante consenso entre los ocho artículos ^(19, 25, 26, 29, 30, 32, 34, 37) que tratan este apartado. En seis de ellos ^(19, 16, 29, 34, 30, 25) se exponen las cuatro condiciones para que se pueda aplicar esta regla. Tres de los ocho artículos ^(19, 26, 32), explican que la supresión de la conciencia o la muerte, no deben de ser los efectos buscados sino solo tolerados. La expectativa de alivio de los síntomas que causan el sufrimiento debe compensar los demás posibles efectos según otros tres de los artículos ^(25, 30, 37).

La aplicación o suspensión de la hidratación y nutrición artificial, también causa disparidad en cuanto a los seis artículos ^(26, 28, 29, 30, 32, 36) que tratan este tema. Cuatro de los artículos ^(26, 28, 30, 36), concluyen en que la administración de esta terapia debe depender de la situación individual de cada paciente, en cambio los otros dos ^(29, 32) aportan la opinión de que es más favorable no aplicarla o

suspenderla en el caso de que se estuviera administrando, cuando esté indicada la sedación.

En cuanto a la farmacología, diez artículos ^(27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38) analizan diversos aspectos sobre este ámbito. En la indicación de cada fármaco según el síntoma refractario se produzca, existe consenso generalizado. Según ocho artículos ^(27, 28, 29, 31, 33, 34, 35, 36) las benzodiazepinas (el midazolam), son las más utilizadas en la sedación paliativa, tomadas como primera opción en la mayoría de los casos. Sobre la vía más utilizada, solo dos artículos hablan de ello y se contraponen diciendo uno ⁽³²⁾ que es la subcutánea y el otro ⁽³³⁾ la intravenosa. Tres de ellos ^(28, 29, 35) concretan una serie de aspectos comunes a tener en cuenta a la hora de la elección del fármaco: síntoma, monitorización, dosis, bolos, vía, lugar y recursos. En cuanto a la dosis de cada fármaco, hay disparidad de datos en los siete artículos ^(27, 31, 32, 33, 34, 36, 38) que las señalan.

Sobre la toma de decisiones a la hora de iniciar la sedación en un paciente terminal tratan seis artículos ^(27, 28, 29, 36, 37, 39). En cinco de ellos ^(27, 29, 39, 36, 39) se evidencia la necesidad de tener en cuenta previamente las condiciones y el entorno del paciente, además de su estado y características clínicas, sin olvidarnos de sus valores y deseos. La decisión debe ser debatida a nivel multiprofesional y a nivel del paciente y su familia según un artículo ⁽³⁶⁾; se añade en otro que la decisión final correrá a cargo del equipo de salud ⁽²⁸⁾. En el estudio realizado en uno de los artículos, concluye que el proceso de deliberación se encuentra en fase de desarrollo ⁽³⁹⁾.

Sobre las posibles indicaciones de sedación paliativa hablan diez artículos ^(9, 25, 27, 28, 31, 32, 33, 34, 36, 38), de los que tres ^(9, 28, 25) coinciden en siete situaciones clínicas en las estaría correctamente indicada. Otros tres ^(27, 32, 36) proponen únicamente los síntomas refractarios como única situación para prescribir esta práctica. En dos casos ^(31, 33) se daría como buena la indicación en caso de síntoma refractario y además por sufrimiento o angustia espiritual/existencial. Y solo en uno de ellos ⁽³⁴⁾ se propondría además de los síntomas refractarios, el consentimiento informado y la enfermedad terminal.

5.1 Conclusiones

Después de consultar y contrastar los resultados obtenidos de la no muy extensa bibliografía encontrada, se puede afirmar que en la sedación paliativa quedan muchos aspectos por debatir y concretar. Es una técnica muy necesaria en las situaciones en las que está correctamente indicada, pero su aplicación se encuentra en un ámbito en el que están muy presentes las cuestiones éticas y morales de cada persona.

Es concluyente que la sedación paliativa no se equipara ni camufla ningún tipo de eutanasia, por lo que se la puede considerar una práctica ética y legítimamente correcta. Existe disparidad de opiniones en aspectos como la retirada de la hidratación y nutrición artificial o en algunas indicaciones en cuanto a su aplicación.

El difícil proceso de la toma de decisiones necesita de un gran transcurso de debate y reflexión, teniendo en cuenta de forma integral todos los aspectos que rodean tanto al entorno del paciente, como a la familia que lo acompaña, procurando proporcionar de la forma más humana posible todos los cuidados y técnicas que vayan a realizarse. En los momentos finales de la vida, se necesitan un tipo de cuidados que tienen que tener en cuenta la esfera completa de la persona, poniendo a ésta en el centro de todo el afán profesional.

La sedación paliativa a fin de cuentas es una fuente de controversias de todo tipo, por lo que es necesario el desarrollo de guías de actuación clínica y protocolos que orienten en el buen proceder de esta necesaria intervención, que tanto bien proporciona en las personas que lo necesitan.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; [Internet] 2008. [Citado el 5 de Enero de 2018]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_428_Paliativos_Osteba_compl.pdf
2. Paliativos SDC. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos. SECPAL; [Internet]. 2002;1-52. [Citado el 5 de Enero de 2018]. Disponible en: <http://www.secpal.com/%5C%5CDocumentos%5CPaginas%5Cguiacp.pdf>
3. Sedación paliativa y sedación terminal: orientaciones para la toma de decisiones en la práctica clínica: documentos de apoyo. Sevilla: Consejería de Salud y Bienestar Social; [Internet] 2005; 1-32. [Citado el 9 de Enero de 2018]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_16_sedacionPalitiva_sedacionTerminal/cpali_sedacion.pdf
4. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014; [Internet]. 2011;1-72. [Citado el 10 de Enero de 2018] Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cuidadosPaliativos.htm>
5. Junta de Castilla y León. Plan de Cuidados Paliativos de Castilla y León 2017-2020; [Internet] 2017;102. [Citado el 10 de Enero de 2018] Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/cuidados-paliativos/plan-cuidados-paliativos-castilla-leon>
6. SECPAL: Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Historia de los Cuidados Paliativos. [Internet]. Madrid: SECPAL; 2014 [Citado el 22 de Enero de 2018]. Disponible en: https://www.secpal.com/secpal_historia-de-los-cuidados-paliativos-1
7. Couceiro A. Ética en cuidados paliativos. 1ª Edición. Madrid: Triacastela; 2004. 448 p.

- 8.** Organización médica colegial (OMC). Sociedad española de cuidados paliativos (SECPAL). Guía de Sedación Paliativa. Madrid; [Internet] 2005; 1-11. [Citado el 30 de Enero de 2018] Disponible en: http://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_sedaccion_paliativa.pdf
- 9.** Taboada R. P. Sedación paliativa (parte I): Controversias sobre términos, definiciones y aplicaciones clínicas. Acta Bioeth [Internet]. 2012; [Citado el 30 de Enero de 2018] 18(2): 155-62. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2012000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- 10.** Grupomedicastore.mx, ¿Qué es la escala de Ramsay? [internet] Ciudad de México: Médica Store; 2017 [Actualizado el 7 de Abril de 2017, citado el 12 de Marzo de 2018]. Disponible en: <https://grupomedicastore.mx/blog/que-es-la-escala-de-ramsay-n61>
- 11.** Santamaría Semis J, García Sánchez E, Rosselló Forteza C, Moreno Hoyos C, Serrano Jurado C, Llagostera Pagés M, et al. Guía de sedación paliativa. Recomendaciones para profesionales de la salud de las Islas Baleares. [Internet] 2015; 1-24 [Citado el 12 de Marzo de 2018] Disponible en: <http://cuidadospaliativos.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST3145ZI147433&id=147433>
- 12.** Cuidadosintensivos2c.blogspot.com.es. Escala de Richmond (RASS) [Internet] Lima: UCI2c HNERM; 2012 [Citado el 12 de Marzo de 2018] Disponible en: <http://cuidadosintensivos2c.blogspot.com.es/2012/02/escala-de-richmond-rass.html>
- 13.** Azulay Tapiero A. La sedación terminal: Aspectos éticos. An Med Interna. [Internet]. 2003 [Citado el 14 de Marzo de 2018] 20: 49-53. Disponible en: <https://www.eutanasia.ws/hemeroteca/t79.pdf>
- 14.** Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del Cáncer en España 2018 [Internet]. 2018; 1-24 [Citado el 14 de Marzo de 2018]. Disponible en: https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_Cifras_del_cancer_en_Espana2018.pdf
- 15.** OMS: Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre el cáncer [Internet]

Ginebra: OMS; 2017 [Citado el 14 de Marzo de 2018] Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/cancer/es/>

16. Bioéticas. Guía internacional de la Bioética. Van Rensselaer Potter [Internet]. Bioéticas; 2000 [Citado el 14 de Marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.bioeticas.org/bio.php?articulo52>

17. Potter V.R. Bioethics: Bridge to the future. 1ª Edición. Jersey: Prentice-Hall: 1971. 205 p.

18. Altisent R., De Santiago M., Martín M.N., Delgado M.T. Biblioteca básica Duphont Pharma para el médico de atención primaria. 1ª Edición. Madrid: Doyma SA.; 1997. 94 p.

19. Hodelín Tablada R. El principio del doble efecto en la sedación a pacientes terminales. Medisan [Internet]. 2012; [Citado el 20 de Marzo de 2018] 16(6): 949–59. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000600015

20. Derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. Ley 2/2010 de 8 de abril. Boletín Oficial del Estado, nº 127 (25-05-2010)

21. Derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. Ley Foral 8/2011 de 24 de Marzo. Boletín Oficial del Estado, nº 99 (26-04-2011).

22. Derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte. Ley 10/2011 de 24 de Marzo. Boletín Oficial del Estado, nº 115 (14-05-2011).

23. Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002 de 14 de Noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 274 (15-12-2002).

24. González AG. La sedación paliativa y voluntades anticipadas. An Real Acad. [Internet] 2017; [Citado el 3 de Abril de 2018] 2(1): 16-24. Disponible en: <https://publicacionesrade.es/index.php/arade/article/viewFile/44/34>

25. Molina J. La sedación paliativa ante síntomas refractarios: revisión de datos bibliográficos. Vida y ética [Internet] 2008; [Citado el 3 de Abril de 2018] 9(1): 9-34.

Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/sedacion-paliativa-sintomas-refractarios-molina.pdf>

26. Taboada RP. Sedación paliativa (parte II): Cuestiones éticas y principios morales. Acta Bioeth [Internet]. 2014; [Citado el 15 de Abril de 2018] 20(2): 225–35.

Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2014000200010&lng=en&nrm=iso&tlng=en

27. Bonilla P. Terapia de sedación paliativa ¿cuándo y cómo?. Rev Venez Oncol. [Internet]. 2016; [Citado el 20 de Abril de 2018] 28(1): 31-36. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/pdf/3756/375643222005.pdf>

28. Rodriguez LH. Los qué, cuándo, por qué y cómo de la sedación paliativa. Rev Hosp Ital. [Internet]. 2010; [Citado el 15 de Abril de 2018] 30(2): 69-75 . Disponible en:

https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/8757_69-75-revisionrodriguez-30-2-2010.pdf

29. Lavernia HC, Morgado DM. Reflexiones éticas sobre la sedación paliativa en enfermos terminales. Rev Hum Med. [Internet]. 2016; [Citado el 23 de Abril de 2018] 16(1):175–92. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202016000100012

30. Olsen ML, Swetz KM, Mueller PS. Ethical decision making with end-of-life care: Palliative sedation and withholding or withdrawing life-sustaining treatments. Mayo Clin Proc [Internet]. 2010; [Citado el 23 de Abril de 2018] 85(10): 949–954.

Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2947968/pdf/mayoclinproc_85_10_011.pdf

31. Rada-ortega C, Pérez-toro LM, Echeverri-saldarriaga S, Reyes- Márquez CD. Sedation at the end of life. Rev Ces Med [Internet]. 2016; [Citado el 23 de Abril de 2018] 30(1): 46–54. Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v30n1/v30n1a05.pdf>

32. García JLS, Pérez ML, Albuérne NB, Cabrera RF, Morgado DM. Midazolam en la sedación paliativa terminal de pacientes con cáncer. Rev Cubana Med [Internet].

2011; [Citado el 30 de Abril de 2018] 50(4): 359–75. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232011000400004

33. Schur S, Weixler D, Gabl C, Kreye G, Likar R, Masel EK, et al. Sedation at the end of life - A nation-wide study in palliative care units in Austria. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2016; [Citado el 30 de Abril de 2018] 15(1): 1–8. Disponible en : <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12904-016-0121-8>

34. Santos D, Della A, Barlocco B, Pereyra J, Bonilla D. Sedación paliativa: experiencia en una unidad de cuidados paliativos de Montevideo. *Rev Med Urug* [Internet]. 2009; [Citado el 2 de Mayo de 2018] 25:78–83. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v25n2/v25n2a02.pdf>

35. Nabal M, Palomar C, Juvero MT, Taberner MT, León M, Salud A. Sedación paliativa: situación actual y áreas de mejora. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2014; [Citado el 2 de Mayo de 2018] 29(2): 104–111. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2013.08.002>

36. Nogueira FL, Sakata RK. Palliative Sedation of Terminally ill Patients. *Rev Bras Anesthesiol* [Internet]. 2012; [Citado el 5 de Mayo de 2018] 62(4): 580–592. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034709412701575?via%3Dihub>

37. Rubiales ÁS, Duarte FB, Rivero ML del V. ¿Es necesario precisar el concepto de sedación?. *Rev Cuad Bioet.* [Internet] 2015; [Citado el 10 de Mayo de 2018] 26(1): 111–116. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/2015/26/86/111.pdf>

38. Rocío Pérez Rodríguez, Isabel María Molina Martínez, Chacón MSB, Rodríguez SP. Sedación paliativa en pacientes terminales al final de la vida. En: *Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud Volumen II. Asunivep*; 2017. p. 535–539.

39. Eich M, Inez M, Verdi M, Paulo P, Martins S. Eich M, Machado MI, Scremin PP. Deliberación moral en sedación paliativa destinada a un equipo de cuidados paliativos oncológicos. *Bioética* [Internet]. 2015; [Citado el 10 de Mayo de 2018] 25(3): 583–592. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n3/es_1983-8034-bioet-23-3-0583.pdf

7. ANEXOS

Anexo 1. Escala de Ramsay.

NIVEL	ESTADO
1	Agitado, ansioso
2	Tranquilo, colaborador
3	Despierta bruscamente con un estímulo verbal o con percusión glabellar
4	Respuesta perezosa al estímulo glabellar
5	Respuesta a estímulos dolorosos
6	Sin respuesta

Tabla 1. Escala de Ramsay. ⁽¹¹⁾

Anexo 2: Escala de Richmond.

PUNTOS	CATEGORÍAS	DESCRIPCIÓN
+4	Combativo	Violento o combativo con riesgo para el personal
+3	Muy agitado	Agresivo con el personal
+2	Agitado	Movimientos descoordinados
+1	Inquieto	Ansioso, sin movimientos agresivos
0	Alerta y tranquilo	
-1	Somnoliento	Tendencia al sueño, pero más de 10 segundos despierto, apertura de ojos a la llamada
-2	Sedación ligera	Menos de 10 segundos despierto con apertura de ojos a la llamada
-3	Sedación moderada	Movimientos sin apertura de

		ojos a la llamada
-4	Sedación profunda	No responde a estímulo verbal, pero si al físico
-5	No estimulable	Sin respuesta a la voz ni al estímulo físico

Tabla 2. Escala de Richmond (RASS).⁽¹²⁾

Anexo 3. Diferencias entre sedación paliativa y eutanasia.

	Sedación Paliativa	Eutanasia
Objetivo/intención	Aliviar el sufrimiento causado por determinados síntomas.	Causar la muerte para aliviar el sufrimiento.
Proceso	Fármacos con dosis ajustadas a la respuesta del paciente.	Fármacos a dosis letales que garanticen una muerte rápida.
Dosis	Dosis mínima eficaz	Dosis letal o sobredosis
Método	Reducir la consciencia	Parada respiratoria.
Práctica médica	Corriente	Excepcional
Legalidad	Si	No en más del 95% de los países
Resultado	El parámetro de respuesta es el bienestar o alivio del sufrimiento	El parámetro de respuesta es la muerte.

Tabla 6: diferencias entre sedación y eutanasia.^{(25),(27),(28),(29),(30),(31) (32)}

Anexo 4: Principales fármacos utilizados en la sedación paliativa.

Síntoma	Fármacos
Delirium (cuando las benzodiazepinas no son)	1. Levomepromazina 2. Midazolam

efectivas está indicado el uso de neurolépticos)	<ol style="list-style-type: none"> 3. Flunitrazepam 4. Propofol o Fenobarbital
<p style="text-align: center;">Disnea</p> <p>(elección inicial las benzodiacepinas)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantener la medicación anterior a dosis óptimas 2. Midazolam 3. Flunitrazepam 4. Levomepromazina 5. Propofol o Fenobarbital
Dolor	Igual que la disnea
<p style="text-align: center;">Sufrimiento psicológico o existencial</p> <p>(elección inicial las benzodiacepinas)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Midazolam 2. Flunitrazepam 3. Levomepromazina 4. Propofol o Fenobarbital
<p style="text-align: center;">Sangrado masivo</p> <p>(elección inicial las benzodiacepinas)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Midazolam 2. Flunitrazepam 3. Propofol o Fenobarbital
Convulsiones	<ol style="list-style-type: none"> 1. Midazolam 2. Flunitrazepam 3. Levomepromazina 4. Propofol o Fenobarbital

Tabla 7: Principales fármacos utilizados en la sedación paliativa. ^{(29) (28) (36)}