

Sedación del paciente en agonía

El Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires distrito X (*ColmeX*) ha decidido analizar desde el punto de vista ético y deontológico, los aspectos básicos de la sedación del paciente en agonía.

Se entiende por sedación, en Medicina Paliativa, la administración de medicamentos que mitigan la ansiedad, la angustia y puedan disminuir el nivel de conciencia del enfermo, ante la aparición de síntomas refractarios al tratamiento habitual.

Los pacientes en estado terminal de una enfermedad oncológica, así como de otras enfermedades crónicas avanzadas y degenerativas pueden presentar al final del camino, síntomas capaces de provocar un sufrimiento insoportable, en ocasiones imposibles de controlar. La fase de agonía es la que precede a la muerte cuando esta se produce de manera gradual y en la que existe deterioro físico, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia dificultad en la ingesta y pronóstico de muerte próxima en horas o días.

Es importante en este punto trazar la frontera entre sedación en la agonía y eutanasia, que se manifiesta claramente en sus principios: obtener mediante el uso de fármacos, un nivel de conciencia en el que el paciente no sufra, ni física ni emocionalmente, aunque de manera indirecta se pueda acortar el tiempo de vida, en el caso de la sedación; mientras que, en la eutanasia, se busca directamente la muerte inmediata.

Debe considerarse hoy, la sedación en agonía, como el tratamiento adecuado para aquellos pacientes que, en cuestión de horas o días, encontrarán la muerte y que son prisioneros de sufrimientos intolerables que no han respondido a tratamientos adecuados.

Debemos insistir en no confundir la técnica de la sedación con una forma encubierta de eutanasia, por quienes desconocen las indicaciones o carecen de experiencia en medicina paliativa.

La Comisión de Bioética y Deontología cree oportuno validar criterios sobre los aspectos éticos de la sedación en la agonía a fin de mostrar que, si está bien indicada, correctamente instrumentada y autorizada por el paciente o en su defecto por su familia, constituye una buena práctica médica en un contexto asistencial adecuado.

Son deberes fundamentales de la profesión médica, respetar la vida y la dignidad de todos los enfermos, atendiendo su voluntad; así como promover la competencia debida para prestar una asistencia de calidad profesional y humana.

Estos deberes, cobran relevancia particular, en los enfermos en fase terminal, cuando se debe proporcionar el mejor tratamiento para aliviar el sufrimiento y mantener la dignidad; que incluye claramente la renuncia al encarnizamiento terapéutico con el único fin de lograr un penoso alargamiento de la vida.

Sedación del paciente en agonía

Ante un paciente que cursa el estadio terminal de su enfermedad el médico se impone también la obligación de *consolar y acompañar*; actos médicos de relevancia mayor para la calidad asistencial. La incompetencia terapéutica ante el sufrimiento terminal, bajo la forma de tratamientos inadecuados o por abandono, es inexcusable al día de hoy.

La sedación en la agonía, es el último recurso aplicable al sufriente, cuando otros recursos terapéuticos han demostrado su ineficacia.

Es un recurso terapéutico más, que solo lo hace reprobable o aceptable éticamente cuando se analizan el fin que busca y las circunstancias en que se aplica. Constituye el recurso final al día de hoy, hasta que se legisle el derecho a la eutanasia.

La sedación implica, tanto para el enfermo como para su familia, una decisión de profundo significado. Para el paciente, la renuncia a experimentar la propia muerte y para sus seres queridos, efectos psicológicos y afectivos muy fuertes. Por eso es que no es una decisión que pueda tomarse a la ligera; muy por el contrario, ha de ser el resultado de una profunda deliberación reflexiva acerca de la necesidad imperiosa de disminuir el nivel de conciencia del enfermo como estrategia terapéutica.

Las indicaciones más frecuentes de la sedación en fase de agonía son las situaciones extremas de disnea, dolor, delirio, ansiedad, hemorragias masivas y pánico que no han respondido a tratamientos correctamente indicados y aplicados. Dichos tratamientos deben haber sido evaluados detenidamente, para asegurar su refractariedad.

Es importante transmitir a la familia, que el enfermo adecuadamente sedado, no sufre.

Un dato insoslayable es la evaluación, desde un contexto ético profesional, del paciente agónico y las circunstancias que llevarían a indicar la sedación.

Es preciso considerar:

- Que existe una sintomatología intensa y refractaria al tratamiento.
- Que los datos clínicos indican una proximidad inminente de la muerte.
- Que el enfermo o su familia ha otorgado el adecuado consentimiento informado de la sedación en la agonía.
- Que el enfermo ha tenido la oportunidad de satisfacer sus necesidades familiares, sociales y espirituales.

El médico dejará constancia razonada de la indicación de la sedación en la historia clínica.

El inicio de la sedación no exceptúa al médico de su deber de continuidad en los cuidados. Aunque la sedación dure más de lo previsto, nunca deben descuidarse los cuidados higiénicos básicos, exigidos por la dignidad del moribundo, por ejemplo, el aseo de su cuerpo.

Sedación del paciente en agonía

La sedación en la agonía no es un tratamiento excepcional por lo tanto, como en cualquier otro tratamiento se debe realizar una evaluación continua del nivel de sedación que necesita el enfermo; con extremo cuidado de reflejar en la historia clínica los detalles relativos a las dosis de los fármacos indicados, los ajustes de dosis, le evolución clínica del paciente sedado y los cuidados básicos administrados.

Por último, debemos señalar que el incremento incesante del número de personas que necesitan cuidados paliativos, constituye un canon que debe incorporarse con decisión en la enseñanza de pregrado, en los Programas de Formación Continua que atraviesan cualquier especialidad y en el pensamiento de todos los médicos.

NOTA:

Queremos dejar aclarado que renovamos nuestra preocupación por la “perspectiva del lenguaje” y por lo tanto con el “lenguaje de género” o “lenguaje inclusivo” y hacemos explícito que no ignoramos los efectos del sesgo androcéntrico imperante. Utilizamos el género masculino como neutro solo por cuestiones de estilo y redacción. No desconocemos el efecto de invisibilización de las mujeres y otras identidades que esta forma de lenguaje ejerce.

Bibliografía.

Batiz, J.: Cuidados Paliativos, una necesidad y un derecho. 2018.

Saimon P. et al: Ética y muerte digna. Elsevier 2008, Vol. 23, Num. 6 Págs 247-289.

Vertink, O.: Assisted Dying Research. 2015.

Twycross RG. Hospice Care, redressing the balance in medicine Journal of the Royal Society of Medicine, 1980; 73: 475-81.

Saunders C. Hospice Care. American Journal of Medicine 1978. 65: 726.

Eve A, Smith AE, Survey of Hospice and Palliative Care inpatient units in the UK and Ireland. Palliative Medicine 1996, 10 (1):13-21.

Clark D., Hockley J. Ahmedzai S. (eds.). New Themes in Palliative Care. Buckingham: Open University Press. 2015.