

## OMC / Declaración ética sobre la sedación en la agonía

La Comisión Central de Deontología y Derecho Médico de la Organización Médico Colegial ha hecho pública la Declaración 'Criterios éticos de la sedación en la agonía' con el fin de indicar que si está bien indicada y realizada, y es autorizada por el enfermo o en su defecto por la familia, constituye una buena práctica médica en el adecuado contexto asistencial. La Declaración se basa en el respeto a la vida y la dignidad de los enfermos, en los que la utilización de la sedación en la agonía es el último recurso cuando otras medidas terapéuticas se muestran ineficaces y es resultado de la reflexión compartida con la familia y otros profesionales. De todo el proceso debe quedar constancia en la historia y en el consentimiento.

*DECLARACIÓN / Ética de la sedación en la agonía. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España. Comisión Central de Deontología y Derecho Médico. (Asamblea General, 21 de febrero del 2009).*

**1) Introducción. 2) El respeto médico a la vida del enfermo en fase terminal. 3) Valor ético y humano de la sedación en la fase de agonía. 4) Las indicaciones de la sedación en la fase de agonía.**

La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en sesión celebrada el día 21 de febrero de 2009, adoptó el acuerdo de aprobar la siguiente Declaración elaborada por la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico de este Organismo:

### **Introducción:**

1) En Medicina se entiende por sedación la administración de fármacos para disminuir la ansiedad, la angustia y, eventualmente, la conciencia del enfermo.

En Medicina Paliativa se entiende por sedación la administración de fármacos apropiados para disminuir el nivel de conciencia del enfermo ante la presencia de un síntoma refractario a los tratamientos disponibles.

2) Los pacientes que padecen una enfermedad en fase terminal<sup>1</sup>, oncológica o no, presentan, a veces, en sus momentos finales algún síntoma que provoca un sufrimiento insoportable, que puede ser difícil o, en ocasiones, imposible de controlar.

3) La frontera entre lo que es una sedación en la agonía y la eutanasia activa se encuentra en los fines primarios de una y otra. En la sedación se busca conseguir, con la dosis mínima necesaria de fármacos, un nivel de conciencia en el que el paciente no sufra, ni física, ni emocionalmente, aunque de forma indirecta pudiera acortar

la vida. En la eutanasia se busca deliberadamente la muerte inmediata. La diferencia es clara si se observa desde la Ética y la Deontología Médica.

4) La sedación en la agonía se ha de considerar hoy como un tratamiento adecuado para aquellos enfermos que, en los pocos días u horas que preceden a su muerte, son presa de sufrimientos intolerables que no han respondido a los tratamientos adecuados.

5) La necesidad de disminuir la conciencia de un enfermo en las horas anteriores de su muerte ha sido y es objeto de controversia, en sus aspectos clínicos, éticos, legales y religiosos. Además, quienes no conocen las indicaciones y la técnica de la sedación o carecen de experiencia en medicina paliativa, pueden confundirla con una forma encubierta de eutanasia.

6) La Comisión Central de Deontología estima oportuno ofrecer criterios sobre los aspectos éticos de la sedación en la agonía, a fin de mostrar que si está bien indicada, bien realizada y autorizada por el enfermo o en su defecto por la familia, constituye una buena práctica médica en el adecuado contexto asistencial.

### **El respeto médico a la vida del enfermo en fase terminal**

7) La Ética y la Deontología Médica establecen como

<sup>1</sup> Fase terminal es aquella en la que la enfermedad avanzada se encuentra en fase evolutiva e irreversible con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de autonomía, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva.

**Una asistencia de calidad profesional y humana, con las competencias y conocimientos requeridos, es un deber que cobra especial relevancia en la atención terminal**

**No tiene cabida en una medicina verdaderamente humana la incompetencia terapéutica, ya sea por tratamiento inadecuado, por dosis insuficientes o excesivas, o por abandono**

deberes fundamentales respetar la vida y la dignidad de todos los enfermos, así como poseer los conocimientos y la competencia debidos para prestarles una asistencia de calidad profesional y humana. Estos deberes cobran una 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 inútiles o desproporcionados de los que sólo puede esperarse un alargamiento penoso de sus vidas.

8) Respetar la vida y la dignidad de los enfermos implica atender su voluntad, expresada verbalmente o por escrito, que deberá constar siempre en la historia clínica, mitigar su dolor y otros síntomas con la prudencia y energía necesarias, sabiendo que se está actuando sobre un organismo particularmente vulnerable cuando su curación ya no es posible.

9) En la situación de enfermedad terminal, la ética médica impone también la obligación de acompañar y consolar, que no son tareas delegables o de menor importancia, sino actos médicos de gran relevancia para la calidad asistencial. No tiene cabida hoy, en una medicina verdaderamente humana, la incompetencia terapéutica ante el sufrimiento terminal, ya tome la forma de tratamientos inadecuados por dosis insuficientes o excesivas, ya la del abandono.

#### **Valor ético y humano de la sedación en la fase de agonía<sup>2</sup>**

10) Tiempo atrás, cuando no se había desarrollado la medicina paliativa, la sedación en la agonía pudo haber sido ignora-

da u objeto de abuso. Hoy, una correcta asistencia implica que se recurra a ella sólo cuando está adecuadamente indicada, es decir, tras haber fracasado todos los tratamientos disponibles para el alivio de los síntomas.

La sedación en la agonía representa el último recurso aplicable al enfermo para hacer frente a síntomas biológicos, emocionales o existenciales cuando otros recursos terapéuticos hayan demostrado su ineficacia.

11) La sedación, en sí misma, es un recurso terapéutico más y por tanto éticamente neutro; lo que puede hacer a la sedación éticamente aceptable o reprochable es el fin que busca y las circunstancias en que se aplica. 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 la podrá convertir en un recurso que, en vez de servir a los mejores intereses del enfermo, sirva para reducir el esfuerzo del médico. La sedación en la fase de agonía es un recurso final: será aceptable éticamente, cuando exista una indicación médica correcta y se hayan agotado los demás recursos terapéuticos.

12) La sedación implica, para el enfermo, una decisión de profundo significado antropológico: la de renunciar a experimentar conscientemente la propia muerte. Tiene también para su familia importantes efectos psicológicos y afectivos. Tal decisión no puede tomarse a la ligera por el equipo asistencial, sino que ha de ser resultado de una deliberación sopesada y una reflexión compartida acerca de la necesi-

<sup>2</sup> Fase de agonía es la que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico de vida en horas o días.

dad de disminuir el nivel de conciencia del enfermo como estrategia terapéutica.

### **Las indicaciones de la sedación en la fase de agonía**

13) En la actualidad, la necesidad de sedar a un enfermo en fase terminal obliga al médico a evaluar los tratamientos que hasta entonces ha recibido el enfermo. No es legítima la sedación ante síntomas difíciles<sup>3</sup> de controlar, pero que no han demostrado su condición de refractarios<sup>4</sup>.

14) Las indicaciones más frecuentes de sedación en la fase de agonía son las situaciones extremas de delirio, disnea, dolor, hemorragia masiva y ansiedad o pánico, que no han respondido a los tratamientos indicados y aplicados correctamente. La sedación no debe instaurarse para aliviar la pena de los familiares o la carga laboral y la angustia de las personas que lo atienden.

15) Es necesario transmitir a la familia que el enfermo adecuadamente sedado no sufre.

16) Como en cualquier otro tratamiento se debe realizar una evaluación continua del nivel de sedación en el que se encuentra y necesita el enfermo<sup>5</sup>. En la historia clínica y en las hojas de evolución deberán registrarse con el detalle necesario los datos relativos al ajuste de las dosis de los fármacos utilizados, a la evolución clínica de la sedación en la agonía y a los cuidados básicos administrados.

17) Para evaluar, desde un contexto ético-profesional, si está justificada la indi-

cación de la sedación en un enfermo agónico, es preciso considerar los siguientes criterios:

17.1) La aplicación de sedación en la agonía exige, del médico, la comprobación cierta y consolidada de las siguientes circunstancias:

a) Que existe una sintomatología intensa y refractaria al tratamiento.

b) Que los datos clínicos indican una situación de muerte inminente o muy próxima.

c) Que el enfermo o, en su defecto la familia, ha otorgado el adecuado consentimiento informado de la sedación en la agonía.<sup>6</sup>

d) Que el enfermo ha tenido oportunidad de satisfacer sus necesidades familiares, sociales y espirituales.

Si tuviera dudas de la citada indicación, el médico responsable deberá solicitar el parecer de un colega experimentado en el control de síntomas.

Además el médico dejará constancia razonada de esa conclusión en la historia clínica, especificando la naturaleza e intensidad de los síntomas y las medidas que empleó para aliviarlos (fármacos, dosis y recursos materiales y humanos utilizados) e informará de sus decisiones a los otros miembros del equipo asistencial.

17.2) Es un deber deontológico abordar con decisión la sedación en la agonía,

**La aplicación de la sedación en la agonía exige una previa comprobación de síntomas clínicos de terminalidad, cumplir con el consentimiento informado, y dar oportunidad al enfermo de satisfacer necesidades familiares, sociales y espirituales**

**En la historia clínica debe razonarse la indicación, con referencia a la naturaleza e intensidad de los síntomas, las medidas aplicadas para su alivio, y la información de la decisión a otros miembros del hospital**

<sup>3</sup>) El término 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.

<sup>4</sup>) El término 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 enfermo.

<sup>5</sup>) Esta evaluación sistemática del nivel de sedación se puede realizar empleando la escala de Ramsay: Nivel I (Agitado, angustiado), Nivel II (tranquilo, orientado y colaborador), Nivel III (Respuesta a estímulos verbales), Nivel IV (Respuesta rápida a la presión glabellar o estímulos dolorosos), Nivel V (Respuesta perezosa a la presión glabellar o estímulos dolorosos), Nivel VI (no respuesta).

<sup>6</sup>) Ley 41/2002, de Autonomía del Paciente. Art.9.3a

incluso cuando de ese tratamiento se pudiera derivar, como efecto secundario, una anticipación de la muerte.<sup>7</sup>

17.3) El inicio de la sedación en la agonía no descarga al médico de su deber de continuidad de los cuidados. Aunque esta sedación pueda durar más de lo previsto, no pueden suspenderse los cuidados básicos e higiénicos exigidos por la dignidad del moribundo, por el cuidado y el aseo de su cuerpo.

18) La sedación en la agonía no es un tratamiento excepcional; el incremento de

personas que precisan cuidados paliativos constituye actualmente un paradigma que debe estar presente en la enseñanza de las Facultades de Medicina y en los Programas de Formación Continuada y en la conciencia de todos los médicos.

Madrid, 23 de febrero de 2009.

EL Vicesecretario.  
FRANCISCO TOQUERO.

El Presidente.  
ISACIO SIGUERO ZURDO.

7) Art. 27.1 del Código de Ética y Deontología Médica.

#### Otras referencias en ADS:

- ADS n° 156 / Enero 2009, pág. 1. *La objeción de conciencia, en las 'VII Jornadas de las Comisiones Deontológicas de Colegios de Médicos'.*
  - ADS n° 154 / Noviembre 2008, pág. 768. *Decisiones al inicio de la vida. Implicaciones éticas en la etapa perinatal (II).*
  - n° 152 / Septiembre 2008, pág. 605. *Contribución al debate sobre nuevas legislaciones despenalizadoras de supuestos del aborto, sobre atención de enfermos en situación terminal y sobre eutanasia. ANTONIO PIGA.*
  - ADS n° 151 / julio-agosto 2008, pág. 519. *Las posibles responsabilidades jurídicas derivadas del suicidio, RAMÓN MACÍA GÓMEZ.*
  - ADS n° 129 / 2006 y 135/2007. *Directivas anticipadas en Francia (II), V. SAN JULIÁN. Análisis y comparativa con la regulación nacional y autonómica de las instrucciones previas.*
  - ADS n° 120 / octubre 2005. *Tratamiento jurídico de los cuidados paliativos. M. GÓMEZ TOMILLO. Profesor titular de Dcho. Penal. Valladolid.*
  - ADS n° 111 / dic. 2004, pág. 935. *La Ley francesa relativa a "los derechos de los enfermos al final de su vida". A. PIGA. M<sup>a</sup> TERESA ALFONSO.*
  - ADS n° 103 / MARZO 2004, PÁG. 244. *Sentencia TEDH / El juez decide en caso de conflicto entre médico y paciente salvo urgencia vital.*
  - ADS n° 67 / diciembre 2000, pág. 765. *La eutanasia hoy, una opción en la sombra del delito. Informe sobre países que han regulado la eutanasia. Pablo Parrón. Madrid.*
  - ADS n° 58 / febrero 2000, pág. 107. *Humanismo, Medicina y Derecho. JOSÉ MARÍA ALVAREZ-CIENFUEGOS SUÁREZ.*
  - ADS n° 40 / junio 1998, pág. 333. *Declaración de Pamplona de la OMC sobre intrusismo, política sanitaria y eutanasia.*
  - ADS n° 28 / mayo 1997, pág. 253. *Denegada una solicitud de eutanasia con intervención médica.*
  - ADS n° 14 / febrero 1996, pág. 81. *Los delitos sanitarios en el Código Penal.*
- Temas relacionados en la web ADS <http://www.actualderechosanitario.com/Eutanasia2.htm>:
- Libros de interés: Título: *Ars Moriendi. Vivir hasta el final.* Autor: Carlos Cobo Medina. Madrid. Páginas: 433. Título: *Futilidad y toma de decisiones en medicina paliativa.* Autor: Mario Iceta Gavicagogeascoa. Páginas: 306. Córdoba, 1997. Título: *La eutanasia ¿un derecho?.* Autora: M<sup>a</sup> José Parejo Guzmán. Edita: Thomson-Aranzadi. Páginas: 471. Título: *La Bioética en la encrucijada. Sexualidad, Aborto, Eutanasia.* Autora: María Dolores Vila-Coro. Edita: Dykinson, 2003. Páginas: 231.