

## 13 artículo

M<sup>a</sup> Teresa Delgado Marroquín [[Buscar autor en Medline](#)]



### Cuestiones éticas al final de la vida

- |  |                                    |                                   |
|--|------------------------------------|-----------------------------------|
| <a href="#">Ver resúmen y puntos clave</a> | <a href="#">Ver texto completo</a> | <a href="#">Volver al sumario</a> |
|--|------------------------------------|-----------------------------------|

#### Texto completo

Las cuestiones éticas al final de la vida pueden parecer más propias del nivel hospitalario, con sus avanzados medios tecnológicos. Sin embargo, las consideraciones éticas sobre la futilidad, proporcionalidad o desproporcionalidad de los tratamientos, el encarnizamiento terapéutico, el respeto a las decisiones autónomas de personas con patologías crónicas o tumorales en fase terminal y algunas dudas sobre los límites entre eutanasia y procedimientos paliativos, constituyen situaciones frecuentes que generan dudas y preocupaciones a los profesionales del primer nivel, cuyo manejo y resolución no resulta fácil. Veamos algunas consultas.

**En uno de los núcleos rurales que están a mi cargo atiendo a un paciente anciano (90 años), con buen nivel cognitivo, que presenta una EPOC severa. Es oxígeno dependiente y presenta frecuentes reagudizaciones con insuficiencia respiratoria mixta grave. Se le ha trasladado al hospital en varias ocasiones y es dado de alta desde urgencias tras breves tratamientos para compensar las gasometrías por no estar indicado su ingreso. Tanto el paciente como su familia se niegan a realizar nuevos desplazamientos. Mis posibilidades terapéuticas son limitadas ¿Cuál debe ser mi consideración y actuación desde el punto de vista ético en este caso?**

Los profesionales sanitarios están obligados a dar a sus pacientes una asistencia médica de calidad científica y humana. Llevar a cabo un trabajo médico de calidad es una exigencia ética y deontológica. El artículo 18.1 del Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial (CEDM) especifica: "Todos los pacientes tienen derecho a una atención médica de calidad humana científica. El médico tiene la responsabilidad de prestarla, cualquiera que sea la modalidad de su práctica profesional y se compromete a emplear los recursos de la ciencia médica de manera adecuada a su paciente, según el arte médico, los conocimientos científicos vigentes y las posibilidades a su alcance". Esta exigencia de calidad es hoy por hoy más fuerte que nunca en nuestra sociedad. Los pacientes tienen derecho a ser tratados con competencia, diligencia y prudencia en unas circunstancias concretas y con unos recursos determinados. Indudablemente, los medios materiales condicionan en gran medida la calidad de la atención.<sup>1</sup>

Por una parte, limitan la capacidad de actuación del profesional al quedar acotadas sus posibilidades de intervención por los medios diagnósticos y terapéuticos con los que cuenta en la práctica. Por otra, el compromiso de atender correctamente al enfermo con las posibilidades al alcance del médico, impone a éste la obligación de contar previsoramente con los medios suficientes al nivel de eficacia que con todo derecho esperan sus pacientes. Cuando el profesional trabaja para una institución sanitaria o en el sistema público, debe exigir a quien corresponda que cumpla con el deber de dotar adecuadamente el centro, de acuerdo con los avances científicos del momento y de las necesidades concretas de la población atendida, así como el deber de mantener los medios materiales y estructurales en correcto estado de mantenimiento. El artículo 20.1 del CEDM indica: "el médico debe disponer de libertad de prescripción y de las condiciones técnicas que le permitan actuar con independencia y garantía de calidad. En caso de que no se cumplan esas condiciones deberá informar de ello al organismo gestor de la asistencia y al paciente." En ocasiones los consultorios locales en el medio rural no cuentan con la debida dotación o mantenimiento de los medios diagnósticos y terapéuticos convenientes para poder ofrecer a las personas en ellos atendidos con la calidad que merecen y a la que tienen derecho.

Los problemas éticos consisten siempre en conflictos de valor, y los valores tienen como soporte necesario los hechos. Por ello, la consideración ética del problema debe partir del estudio de los hechos y las circunstancias. Para resolver las dudas éticas, muchas veces es

#### bibliografía

- Herranz G. Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica. 2ª ed. Pamplona: EUNSA, 1995.
- Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Barcelona, 26 de enero de 2002
- Ernk RE. Drug-induced terminal sedation for symptom control. *Am J Hosp Palliat Care* 1991; 8(5):3-5.
- Vázquez Díaz JR, Pérez Valencia JJ. Cuestiones prácticas en la formación del residente en los valores propios de la medicina de familia y la atención primaria. Unidad 9 del Curso on-line: Cuestiones prácticas de ética clínica en Atención Primaria, 2ª edición. ([www.semefyc.es](http://www.semefyc.es))

[Ver más](#)

#### enlaces

No hay enlaces de interés

número actual	números anteriores
contactar	rceap en pda
alertas	sobre la revista

preciso responder previamente a las cuestiones clínicas. Las obligaciones derivadas de las consideraciones éticas no son las mismas si se trata de una enfermedad aguda, de un proceso crónico reversible o de una situación terminal, aunque siempre estén en juego los mismos principios éticos a respetar. Y ello se debe a que el objetivo de la atención sanitaria es distinto. Dicho objetivo va a condicionar el significado del principio de no-maleficencia, de obligado cumplimiento en toda circunstancia.

En el caso de un padecimiento agudo el objetivo es propiciar la curación del paciente, sin olvidar su cuidado, por supuesto, asumiendo como necesarias todas las molestias que pudiera conllevar, contando siempre con el consentimiento del paciente y la familia, en su caso. En las situaciones terminales se busca cuidar al enfermo, intentando conseguir el mayor bienestar posible, evitando medidas e intervenciones factibles técnicamente pero que no le van a aportar ningún beneficio al paciente en la fase de la enfermedad en que se encuentra. Entre ambos extremos están los procesos crónicos, por definición no reversibles, que participarían de las consideraciones de los dos situaciones expuestas anteriormente en función de la evolución del cuadro clínico, la aparición de procesos intercurrentes y las posibilidades de recuperación del paciente en sus circunstancias concretas. Aclarar lo más posible en cuál de estas situaciones se sitúa el caso que se plantea en la pregunta, es fundamental para poder considerar si son o no proporcionadas las medidas terapéuticas aplicables, bien en el domicilio del paciente, bien en ámbito hospitalario, procurando el mayor bien posible al enfermo de acuerdo con su sistema de valores, sin dejar de respetar el principio de no-maleficencia. Si en el caso concreto, lo más prudente fuera asegurar en domicilio la mejor atención posible de las reagudizaciones respiratorias, con los medios disponibles, las dificultades para asegurar, por ejemplo, una oxigenoterapia y aerosolterapia adecuadas, deberían subsanarse constatando y movilizándolo los recursos pertinentes. Si la actuación más acertada fuera conseguir el ingreso hospitalario, porque se presume una mejoría de la situación clínica del paciente al aplicar los medios y técnicas con las que sólo cuentan estas instituciones, la actuación del profesional debería orientarse a conseguir este fin, evitando viajes de ida y vuelta al servicio de urgencias del hospital que, al parecer, no satisfacen ni al paciente, ni a su familia, ni al facultativo que plantea la pregunta.

**¿Acaso no es la sedación paliativa una eutanasia activa? ¿Por qué tanta controversia con respecto a este tema si sabemos que a pacientes terminales se les administra fármacos que además de privarles la conciencia les aceleran su fin de forma cómoda e irreversible?**

Según el Diccionario de la Lengua Española sedar es "apaciguar, sosegar, calmar" y sedativo lo "que tiene la virtud de calmar o sosegar los dolores o la excitación nerviosa". En medicina la sedación admite matices y puede hablarse, en función del objetivo, la temporalidad o la intensidad, de sedación primaria o secundaria, continua o intermitente, profunda o superficial. La sedación paliativa es un tipo de sedación primaria que puede ser continua o intermitente, superficial o profunda. Se define como la administración deliberada de fármacos -en las dosis y combinaciones requeridas- para reducir gradualmente la conciencia de una persona con una enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios, contando con el consentimiento válido del paciente<sup>2</sup>.

La sedación terminal, denominación introducida por Ernk en 1991<sup>3</sup> es un tipo particular de sedación paliativa que se utiliza en el periodo de agonía. Se define como la administración deliberada, -con el consentimiento explícito, implícito o delegado del enfermo -, de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y/o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima.

En Cuidados Paliativos la administración de fármacos sedantes, *per se*, no supone un problema ético cuando se prescriben bajo las indicaciones y condiciones de aplicación correctas. Con todo, pueden generarse dudas en aquellas situaciones urgentes en que aparecen síntomas refractarios o difíciles, que no responden a los tratamientos habituales y en los que la sedación terminal puede plantearse como única terapia razonable. El problema se suscita por las dificultades de algunos autores para diferenciar sedación de eutanasia

'Eutanasia' significa etimológicamente "buena muerte". Pero, ¿buena muerte es lo mismo que muerte digna? La idea, ampliamente aceptada, de que procurar una buena muerte es algo muy distinto de la ayuda al suicidio y de ciertas prácticas asistenciales extremas, favorece la clasificación de la eutanasia en diversas *formas* de eutanasia, en relación con el sujeto paciente y la causa de la muerte. Así, se habla de eutanasia voluntaria o involuntaria, directa o indirecta, activa o pasiva. Pero esta clasificación poco aporta con relación a lo que verdaderamente importa: distinguir si todas las prácticas encaminadas a dignificar la muerte, o cuáles de ellas, son o deberían ser consideradas "eutanasia" y cuáles son, únicamente, indicaciones médicas pertinentes y proporcionadas, a la luz de los conocimientos actuales de la ciencia y las posibilidades tecnológicas.

Por eutanasia se entiende toda actuación (por acción u omisión) dirigida intencionadamente -aunque por razones compasivas- a poner fin a la vida de una persona

que sufre por una enfermedad incurable y progresiva, realizada por profesionales sanitarios. La eutanasia voluntaria – aceptada o solicitada por el paciente- se solapa con el suicidio asistido, en el que la persona enferma pide colaboración para poner fin ella misma a su vida, como en el conocido caso de Ramón Sanpedro.

La sedación paliativa es un tratamiento que tiene por objetivo disminuir la conciencia en un paciente en situación terminal, para aliviar síntomas intensos y resistentes a los tratamientos paliativos específicos en aquellas situaciones en las que, pese a su aplicación correcta, no se consigue controlar dichos síntomas. La finalidad de la sedación no es acabar con la vida, sino aliviar a la persona que sufre, disminuyendo progresivamente su conciencia hasta lograr controlar esos síntomas refractarios a otros tratamientos. Evidentemente, es sabido por todos que la aplicación correcta de los fármacos que se utilizan y están protocolizados para este fin puede acortar el tiempo de vida como efecto secundario no buscado, aunque asumido, en una persona que está en fase terminal, esto es, consumando su etapa vital. En todo momento, -lo que puede suponer un problema en situaciones de urgencia-, se presupone que se ha cumplido con el debido proceso de información y consentimiento para la aplicación de un protocolo terapéutico que incide directamente en la duración y calidad de vida del paciente, contando, si fuera necesario con sus familiares y personas vinculadas, respetando los valores e instrucciones que éste hubiera manifestado previamente. Esta práctica, que expresa la filosofía de los cuidados paliativos, tan alejados de la eutanasia como del encarnizamiento terapéutico, en la búsqueda del máximo confort posible de la persona que sufre por una enfermedad incurable y progresiva, es acorde con la legalidad y con los principios éticos y deontológicos de la medicina.

**He oído que las conocidas películas “Mar adentro” y “A million dollar baby” no tratan sobre eutanasia sino sobre suicidio asistido. ¿Qué diferencia hay? Si el paciente es autónomo y no entra en juego el principio de justicia, en aquellos casos en los que su calidad de vida plantea dudas sobre si preservarla respeta el principio de no maleficencia, ayudarles a morir con dignidad ¿no se trataría más bien de un acto de beneficencia?**

La diferencia entre suicidio asistido y eutanasia es que el primero permite o facilita que la persona se mate pero se realiza fuera del contexto de la atención sanitaria, aunque se utilicen fármacos o el paciente esté ingresado en un centro sociosanitario. Eutanasia es toda acción u omisión realizada en el contexto de la relación clínica, encaminada a causar la muerte de una persona, con su consentimiento, para que no tenga que soportar unas condiciones de vida y sufrimientos que son considerados inaceptables. El fin de uno y otra es el mismo: la muerte de la persona. Pero parece mucho más interesante abordar la segunda parte de la pregunta: ¿puede considerarse uno u otra un acto derivado del respeto al principio de beneficencia?

Se sobrentiende que la pregunta hace referencia al suicidio asistido en el caso de un paciente en situación no reversible y en condiciones que la mayoría de las personas considerarían como una calidad de vida inaceptable. Es obvio que, aunque existe un debate abierto, nuestra sociedad no ha aceptado este tipo de prácticas (son ilegales) por considerar que se fundamentan en una interpretación inadecuada de lo que es el respeto a la dignidad de la persona, especialmente a las más vulnerables por su situación de fragilidad y dependencia. Pero también resulta evidente que, desde una perspectiva de cálculo económico en el contexto de una visión práctica y utilitarista, a cualquier sociedad le resultaría eficiente que se considerara aceptable facilitar un final rápido e indoloro de aquellos pacientes con patologías irreversibles cuya atención resulta cara e insatisfactoria en muchos casos. Esto podría hasta considerarse como un deber derivado del principio de justicia, más si cabe cuando se consigue el consentimiento del interesado en acabar con tanto sufrimiento, en aras del respeto al principio de autonomía de una persona a la que se considera a priori capaz.

No obstante, en la toma de decisiones dentro del marco de referencia del respeto a la dignidad de la persona y a los derechos humanos, no podemos olvidar el contenido que adquieren los principios. El principio de no maleficencia recuerda el deber de ante todo no hacer daño. El principio de justicia implica tratar a todas las personas con igual consideración y respeto, dando más a quien más lo necesita y asegurando un acceso equitativo a los recursos asistenciales. El principio de autonomía nos lleva a considerar las preferencias del paciente y a promover la toma de decisiones libres, respetando el sistema de valores de cada persona y evaluando si posee el nivel de capacidad necesario, para cada decisión asistencial concreta, para asumir la responsabilidad de su decisión autónoma. El principio de beneficencia insta a procurar el mayor bienestar y los medios proporcionados necesarios.

Conviene no confundir la beneficencia (promover objetivamente el bien) con la benevolencia (el deseo de hacer bien o las buenas intenciones). En este sentido, el objetivo de la actuación sanitaria es mejorar la calidad de vida de los pacientes (actuación beneficente) y no acabar con ella como medio para evitar el sufrimiento, aún en situaciones extremas. Es ésta una vía para acabar con el sufrimiento, -no para resolver las causas que lo originan-, pero no la única vía y, desde luego, no es beneficente.

Veamos con ejemplos prácticos la diferencia entre beneficencia y benevolencia. Supongamos un paciente maduro con una diabetes mal controlada pese a dosis máxima de antidiabéticos orales, con una retinopatía proliferativa incipiente que, a pesar de nuestras explicaciones y recomendaciones se niega a ponerse insulina<sup>4</sup>. No está deprimido ni presenta deterioro cognitivo; es un paciente capaz. En una primera aproximación, de acuerdo con la teoría del consentimiento informado, debemos respetar la decisión autónoma del paciente de negarse a la insulina. No parece implicarse en la decisión el principio de justicia y, respecto a la no maleficencia, no tenemos seguridad de que la insulina le evite la ceguera. Optamos por no forzar el tratamiento y mantener los antidiabéticos orales ¿Es una decisión beneficente? En principio respeta la decisión autónoma del paciente, hemos preservado nuestra lealtad para con él, pero beneficiarle no le beneficia. Se ha dicho que cuando la lealtad no colabora para hacer el bien se convierte en complicidad.

Retomando el tratamiento de la diabetes desde un enfoque integral de la persona, dedicando mucho tiempo y sucesivas visitas, descubrimos que lo que más teme en el mundo nuestro paciente es quedarse ciego, y que su mejor amigo, también diabético, perdió la vista tras iniciar el tratamiento con insulina. Ahora ya sabemos que lo que en realidad rechaza el paciente no es la insulina (los pinchazos o las complicaciones) sino quedarse ciego, algo que él asocia con toda seguridad a la insulinización, un error cognitivo que puede solventarse con información, tiempo y dedicación. El principio de beneficencia implica adecuar las intervenciones y recursos disponibles a las necesidades objetivas y sentidas, promoviéndolos cuando faltan o son insuficientes ¡Duro dilema cuando nuestro paciente lo que rechaza no es un tratamiento sino la vida, porque no quiere o no puede vivirla en las condiciones duras que le han tocado en suerte!

Si un joven con una depresión grave que no responde a los tratamientos pautados decide suicidarse porque no ve otro modo de escapar a un sufrimiento insoportable (subjetivamente su calidad de vida es ínfima y su interpretación de lo que significa no maleficencia es acabar con su existencia) y salta de la azotea de un edificio en nuestras narices, con la "mala suerte" de que no muere en el acto sino que, politraumatizado pero aún consciente, nos solicita que le dejemos morir ¿Lo haríamos? Con su acción ha dejado muy claro su deseo, tiene una enfermedad crónica a la que se van a añadir las secuelas de la precipitación, no soporta ese sufrimiento extremo y reclama que se respete su autonomía.

Dejando de lado que incurriríamos en un delito de omisión de socorro si accediéramos a esta petición y que es muy probable que fallezca pese a la atención por la gravedad de las lesiones, podríamos argumentar que, en este caso, con una patología psiquiátrica de por medio, existen serias dudas sobre la capacidad del joven para tomar decisiones autónomas, por lo que sería difícil inhibirse.

Ahora supongamos que nuestro paciente sigue vivo, tetrapléjico, sondado por arriba y por abajo, con una depresión mayor si cabe que la que le llevó a esta situación. Su compañero de habitación, también joven y tetrapléjico, que había solicitado el suicidio asistido meses antes, con un tratamiento psicoterapéutico, el apoyo y dedicación de sus allegados y de un grupo de autoayuda, tras una reflexión profunda sobre el sentido de la vida y confiando en los medios puestos para paliar buena parte de los inconvenientes de su situación, ha decidido que merece la pena seguir viviendo.

Tal vez nuestro joven deprimido ni siquiera tenga fuerzas ya para solicitar la colaboración que acabe con su vida. Olvidemos la beneficencia y pensemos a qué obliga el principio de beneficencia ¿A dar respuesta a sus necesidades, antes afectivas y psicológicas y ahora de toda índole, a evitar o paliar su sufrimiento, o a terminar con su vida para que no sufra?

