

Sedación Paliativa, alimentación e hidratación al final de la vida

La diferencia entre sedación paliativa y eutanasia viene determinada por la intención, el procedimiento y el resultado

- **En la sedación se busca disminuir el nivel de consciencia para evitar que el paciente sufra mientras llega su muerte**
- **En la eutanasia se busca deliberadamente la muerte anticipada con dosis de fármacos letales**
- **La sedación paliativa es un recurso terapéutico prescrito por el médico y un derecho del enfermo**
- **Cuando está indicada, el médico tiene la obligación de aplicarla y no tiene cabida la objeción de conciencia**
- **Los tratamientos de soporte nutricional tienen como objetivo la mejoría sintomática y la calidad de vida del paciente**
- **Las medidas agresivas provocan mayores perjuicios que beneficios**
- **Es preciso establecer criterios de retirada de estos tratamientos**

El Grupo de Trabajo sobre “La Atención Médica al Final de la Vida” de la Organización Médica Colegial (OMC) y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) ha elaborado dos Declaraciones que abordan el derecho a la sedación paliativa y la ética de la alimentación y la hidratación al final de la vida. Ambos documentos han sido refrendados hoy por la Asamblea General de la OMC.

La sedación paliativa, cuando está indicada, es un derecho del paciente y un deber del médico

El grupo de Atención al Final de la Vida han elaborado una declaración sobre “El derecho a la sedación paliativa”, consciente de que el desarrollo de los cuidados paliativos ha incorporado con normalidad la sedación paliativa a la práctica clínica. Ello ha significado un avance muy importante en la atención a los pacientes al final de la vida.

La sedación es una disminución deliberada de la consciencia del enfermo, una vez obtenido el oportuno consentimiento, mediante la administración de los fármacos indicados y a las dosis proporcionadas, con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible causado por uno o más síntomas refractarios, que son aquellos que no pueden ser adecuadamente controlados con los tratamientos disponibles, aplicados por los médicos expertos, en un plazo de tiempo razonable.

En estos casos, el alivio del sufrimiento del enfermo requiere la sedación paliativa. Se trata de una sedación en la agonía cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida.

Cuando la sedación está indicada y existe consentimiento, el médico tiene la obligación de aplicarla. Se debe afirmar con claridad que cuando existe una adecuada indicación para la sedación, la objeción de conciencia no tiene cabida, como tampoco sería posible objetar ante cualquier otro tratamiento correctamente indicado.

La diferencia entre la sedación paliativa y la eutanasia es nítida y viene determinada por la intención, el procedimiento y el resultado. En la sedación se busca disminuir el nivel de consciencia, con la dosis mínima necesaria de fármacos, para evitar que el paciente perciba el síntoma refractario. En la eutanasia se busca deliberadamente la muerte anticipada tras la administración de fármacos a dosis letales, para terminar con el sufrimiento del paciente.

Algunas comunidades autónomas han promulgado leyes de derechos y garantías de las personas al final de la vida, que recogen el derecho explícito a la sedación paliativa y establecen el desarrollo de programas estratégicos de cuidados paliativos que deben contemplar la capacitación de los profesionales para la práctica de la sedación paliativa, lo que resulta imprescindible para garantizar el derecho de los pacientes.

En la Declaración se recuerda que la sedación es un recurso terapéutico prescrito por el médico con unos criterios de indicación muy concretos. En estas condiciones, asegura que “la sedación es un derecho del enfermo que, sin embargo, no debe instaurarse para aliviar la pena de los familiares o la carga laboral y la angustia de las personas que lo atienden”.

Concluye que “cuando el médico seda al paciente que se encuentra sufriendo en fase terminal y lo hace con criterios clínicos y éticos, una vez obtenido su consentimiento, no está provocando su muerte; está evitando que sufra mientras llega su muerte, lo cual constituye una buena práctica médica” y añade que “tan grave es abusar de la sedación como no aplicarla cuando es necesaria para un paciente”.

Ética de la alimentación y la hidratación al final de la vida

La otra Declaración del Grupo de Trabajo “Atención al final de la vida” de la OMC, relativa a ética de la alimentación y la hidratación al final de la vida, parte de la realidad de que la nutrición al final de la vida es una cuestión con múltiples fuentes de confusión, contradicción, mitos y emociones.

El objetivo de este documento, por tanto, es el de tratar de aclarar algunas de las cuestiones éticas derivadas de los problemas de alimentación y del soporte nutricional para los pacientes que se encuentran en el período final de su vida.

De acuerdo con la Declaración, las recomendaciones en cada situación concreta deben variar en función del objetivo a alcanzar. No se trata, según se puntualiza, de quitar importancia a las medidas nutricionales sino de adecuar los tratamientos a las diversas fases de la enfermedad, siendo muy importante tener en cuenta que, en estos casos, se trata de pacientes con enfermedades avanzadas incurables que se encuentran en el período final de su vida.

Los problemas nutricionales, la anorexia y la pérdida de peso preocupan a la mayoría de estos pacientes y a sus familiares. Sin embargo, se subraya en el documento que la malnutrición, en estos casos, no es la causa sino una consecuencia de la enfermedad que se sufre y, aunque son necesarios tratamientos de soporte nutricional, el objetivo prioritario es la mejoría sintomática del enfermo y no revertir la situación de malnutrición, es decir, que el paciente no se está muriendo por no comer, sino que no come porque se está muriendo.

Según señala al respecto, “la malnutrición es irreversible en estadios avanzados de enfermedad”. De ahí que se deben evitar planteamientos intervencionistas que pretendan la recuperación del estado nutricional de este tipo de enfermos, al no conseguirse con ello beneficios clínicamente significativos.

Se insiste en que la toma de decisiones clínicas debe ser siempre individualizada, valorando la situación concreta del enfermo e incluyendo también en el proceso de decisión las preferencias del paciente y de sus familiares. El objetivo prioritario es el confort, considerándose que éste puede ser incompatible con la aplicación de tratamientos agresivos.

Por tanto, según se indica en la Declaración, las medidas agresivas encaminadas a intentar revertir la malnutrición en estadios avanzados conducen a más problemas que beneficios para el paciente. Así, a la hora de poner en marcha la nutrición artificial debe tenerse en cuenta el pronóstico así como la voluntad del paciente y la opinión de los familiares.

Las recomendaciones sobre tratamientos nutricionales introducidas en la Declaración incluyen contemplar una dieta individualizada de acuerdo con las preferencias y capacidad de deglución del paciente. Un aspecto muy importante a tener en cuenta, según se remarca, en pacientes con una limitada esperanza de vida es evitar las dietas restrictivas. De igual forma, se advierte que la sobreingesta puede inducir o empeorar síntomas asociados. Unas adecuadas recomendaciones de alimentación pueden aumentar la ingesta hasta en 450 Kcal/día. Asimismo, se considera que los suplementos nutricionales juegan un papel importante en aquellos enfermos en quienes no se consiga una adecuada ingesta a pesar de las recomendaciones de alimentación.

También se aclara que la nutrición enteral mediante sondas de alimentación y la parenteral son consideradas formas de alimentación artificial puesto que exigen la inserción de dispositivos para poder conseguir una vía de administración. Se trata, por tanto, de un tratamiento médico y no un cuidado básico, estando sujetas a indicaciones y contraindicaciones como cualquier otro tratamiento.

Sobre los criterios bajo los cuales se podrían retirar los tratamientos instaurados relativos a nutrición enteral y parenteral, se llega a la conclusión de que la instauración de cualquier tratamiento intervencionista en un paciente con enfermedad avanzada debe ir acompañada de unos criterios de una posible retirada. Criterios que deben ser individualizados y basados en la relación beneficio/riesgo de cada tratamiento. Se considera de gran importancia anticipar estos criterios en el momento de la instauración del tratamiento para facilitar la toma de decisiones cuando se vea indicada

su retirada. Dicha planificación, según este documento, permite reconocer adecuadamente el derecho que tiene el paciente capaz y adecuadamente informado a rechazar tratamientos (lo cual incluye tanto la no instauración como su retirada) aunque ello suponga un acortamiento de la vida.

Con respecto a la hidratación, se reconoce que la decisión de hidratar al paciente en la situación de últimos días, cuando los pacientes reducen la ingesta oral, es una de las más complejas. Se afirma que la evidencia científica, hasta la fecha, no permite justificar la hidratación parenteral en todos los pacientes en los últimos días de su vida y sólo proporciona una sólida justificación para considerar la hidratación en determinadas circunstancias y para ciertos síntomas.

El Grupo de Trabajo sobre “La Atención Médica al Final de la Vida” de la Organización Médica Colegial (OMC) y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) lo forman los doctores Marcos Gómez Sancho, Rogelio Altisent, Jacinto Bátiz, Mariano Casado, Luis Ciprés, Álvaro Gándara, José Antonio Herranz, Rafael Mota, Javier Rocafort y Juan José Rodríguez Sendín.

Madrid, 15 de octubre 2016