

Hablemos de...

Sedación de pacientes terminales en situación de agonía

JOAN MONÉS XIOL

Servicio de Patología Digestiva. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.



Axel Oliveres

Puntos clave

● El apoyo emocional al paciente tanto de la familia como del equipo asistencial es un excelente bálsamo para conseguir un mayor bienestar.

● Debe darse prioridad a la comodidad y descanso del paciente, por encima de pautas rígidas menos trascendentes, en estas fases finales de la vida.

● Debe conseguirse el mejor tratamiento sintomático paliativo, con los fármacos adecuados y en las dosis suficientes, para evitar el dolor y el sufrimiento.

● Cuando con las medidas habituales y correctamente utilizadas no se consigue el control sintomático del sufrimiento, debe utilizarse la sedación paliativa.

● Para que la sedación paliativa sea éticamente correcta se requiere que la enfermedad sea terminal y con sufrimientos no controlados, y la conformidad del paciente de forma explícita, implícita o delegada.

En los momentos finales de la vida y sin posibilidades de vuelta atrás, el objetivo prioritario del médico debe ser conseguir para el paciente el máximo bienestar posible, en el previsible corto período de vida que le queda. Por tanto, el aparente buen objetivo de guardar la vida a ultranza y sin límites, defendido por algunos, puede conducir al médico, incluso sin darse cuenta, a caer en el encarnizamiento terapéutico. Esta práctica médica debe ser rechazada como ética, ya que causa un mayor perjuicio al paciente y su familia, y un cierto rechazo de la sociedad, que se queja y no sin razón, de que los profesionales sanitarios no tratamos adecuadamente a los pacientes en su fase terminal, en un intento de evitar la sensación de que nuestra actuación no acelere el previsible próximo final.

Pero, antes de seguir más adelante, es preciso tener clarificados los conceptos, ya que no es lo mismo el concepto

de paciente terminal, que el de agonía. El *Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua* define paciente terminal como “dicho de un enfermo que está en situación grave e irreversible y cuya muerte se prevé próxima” y define la agonía como “angustia o congoja del moribundo; estado que precede a la muerte”.

El tratamiento correcto de los pacientes terminales, sobre todo en situación de agonía, requiere, con frecuencia, analgesia potente. Pero no todo consiste en combatir el dolor físico¹, sino que también hay que considerar un aspecto de aparente menor trascendencia, pero a menudo de gran importancia para el paciente que con más o menos claridad intuye su final, se trata de la presencia de un considerable grado de ansiedad o angustia, a veces, tan perjudicial para el bienestar como el propio dolor o la profunda astenia, y que hace aún más difícil un final lo menos traumático posible.

Atención médica en la agonía

Los signos clínicos premonitorios que indican la aparición próxima del final de la vida son, habitualmente, la debilidad progresivamente creciente, la disminución de la capacidad de atención, la permanencia continua en la cama, desorientación en tiempo y espacio e, incluso, un desinterés para tomar alimentos y bebida. Conforme el deterioro físico se va incrementando, también disminuyen las funciones intelectuales y el estado de conciencia. Junto con este proceso individual tan trascendente en la vida de las personas, se produce, simultáneamente, un fuerte impacto emocional en sus familiares, sobre todo en los que conviven o han convivido con el paciente, circunstancia que el médico debe tener presente, como parte integrante de su deber asistencial.

El Comité de Ética Asistencial del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, a finales del año 2002, aprobó unas recomendaciones sobre la atención médica a pacientes en situación de agonía².

Apoyo emocional al paciente

El paciente terminal no debe ser un paciente “científicamente menos interesante” y que sólo precisa de curas paliativas. Es fundamental la presencia acogedora, frecuente y tranquilizadora del médico. Éste debe escuchar al paciente mientras esté consciente, y contestar a sus preguntas de forma verídica, mesurada, prudente y esperanzadora. El paciente sólo pierde la esperanza si se siente poco menos que abandonado. Por el contrario, cuando el paciente en situación de agonía encuentra el soporte familiar y sanitario adecuado, éste es el mejor de los bálsamos para conseguir un mayor bienestar en este período tan delicado de su vida que se acaba.

El objetivo prioritario del médico en los momentos finales de la vida y sin posibilidades de vuelta atrás, debe ser conseguir para el paciente el máximo bienestar posible.

En el tratamiento de los pacientes terminales en situación de agonía, no sólo hay que tratar el dolor, sino también el frecuente estado de ansiedad, a veces tan perjudicial para el bienestar, como el propio sufrimiento físico.

El paciente terminal no debe ser un paciente “científicamente menos interesante” y que sólo precisa de curas paliativas. Es fundamental la presencia acogedora, frecuente y tranquilizadora del médico.

Dentro de este apartado, el médico debe favorecer la presencia del soporte religioso, caso de que el paciente lo pida e incluso llegar a proponerlo aunque no lo haya pedido, siempre y cuando se conozcan sus creencias. En estos casos, el apoyo religioso tiene un claro efecto favorecedor para el paciente creyente, y disminuye la ansiedad y la intranquilidad. Este efecto positivo está no tan solo avalado por la experiencia de equipos sanitarios, sino también por estudios objetivos³. La atención espiritual adecuada y las creencias religiosas se asociaron en un estudio reciente⁴ con un menor deseo de muerte, de ideas de suicidio y, sobre todo, con menor desesperanza.

Curas generales

Procurar la máxima intimidad posible para el paciente y su familia es un aspecto al que frecuentemente el médico no da la importancia que merece, más preocupado por la atención puramente clínica. También debe dar prioridad a la comodidad y el descanso del paciente, por encima de pautas rígidas menos trascendentes, en estas fases finales de la vida, como la toma de constantes, horario estricto en las medicaciones, control de diuresis, etcétera.

Los procedimientos para la higiene y las movilizaciones necesarias se realizarán con suavidad. Debe valorarse estrictamente la conveniencia de realizar pruebas diagnósticas y/o tratamientos de más que dudosa eficacia, sobre todo cuando exigen desplazamientos y movilizaciones molestas para el paciente.

No hay claras evidencias de que la hidratación parenteral contribuya a un mayor bienestar en la agonía, por lo que su indicación es motivo de controversia⁵. A pesar de ello, expertos en curas paliativas aconsejan, sobre todo en pacientes terminales con cáncer, la hidratación por vía subcutánea, porque se han demostrado algunos efectos favorables (menor número de mioclonías, mejoría del cuadro confusional, etcétera).

La hidratación por vía subcutánea puede indicarse con facilidad, ya que es de sencilla aplicación, bajo coste y es posible realizarla a domicilio⁶. Un reciente estudio multicéntrico⁷, realizado en Estados Unidos, España y algunos países de la América latina, en pacientes con cáncer terminal y deshidratación, comparó un grupo tratado con 1.000 ml/día de suero por vía parenteral con otro grupo que recibía un volumen de 100 ml/día de suero. El grupo con hidratación obtuvo mejores efectos paliativos globales que el grupo control, aunque la mejoría no fue significativa en aspectos tan trascendentes como la fatiga y las alucinaciones.

La Asociación Europea de Curas Paliativas publicó, hace unos años, unos sencillos consejos aún vigentes⁸. Básicamente, recomiendan que en el paciente terminal consciente se garantice la hidratación, incluso por vía parenteral. En el paciente terminal sedado, la hidratación es opcional y se recomienda sólo si se piensa que puede ser conveniente para un mejor control sintomático.

Tratamiento sintomático paliativo

El paciente terminal, con cierta frecuencia, tiene dificultades para ingerir alimentación oral y para tomar la medicación por esta vía, por lo que el médico debe plantearse la supresión de toda medicación que no contribuya, de forma eficaz, a conseguir el objetivo del mayor bienestar posible. Sin embargo, se deben dar los fármacos adecuados y en las dosis suficientes para evitar el dolor por cualquier vía. Habitualmente, las medicaciones más apropiadas son los opioides por vía parenteral subcutánea o intravenosa. Para evitar los efectos indeseables derivados de un síndrome de privación, ha de mantenerse el tratamiento con opioides, incluso en situaciones de coma y sin dolor aparente. Estos fármacos están, así mismo, indicados en la mejora sintomática de la disnea.

La pérdida lenta de la conciencia es una señal inequívoca de agonía. Si se manifiesta con delirio, es preciso tener en consideración el gran impacto emocional que produce en la familia, que, a veces, requiere tanta atención como el propio paciente. Se han diseñado programas específicos con el fin de ayudar al equipo sanitario a conseguir dispensar la forma de trato más adecuado a la familia de pacientes en situación de agonía. Un estudio, realizado en Suecia y publicado el año 2004⁹, llega a la conclusión de que un programa de atención a familiares de pacientes terminales con cáncer y en tratamiento a domicilio tiene efectos beneficiosos.

Cuando, con todas estas medidas, no se consigue el control del dolor o de la ansiedad, en un contexto de un paciente con enfermedad grave, irreversible y en situación de agonía, el equipo asistencial ha de plantearse la conveniencia de la sedación. El *Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua* defi-

Cuando el paciente lo solicita, el médico debe favorecer la presencia del soporte religioso.

En el paciente terminal debe priorizarse su comodidad y valorar estrictamente la conveniencia de realizar pruebas diagnósticas y/o tratamientos de más que dudosa eficacia en estas fases finales de la vida.

No hay evidencias inequívocas de que la hidratación parenteral contribuya a un mayor bienestar en la agonía, pero es aconsejable, porque tiene algunos efectos favorables (menor número de mioclonías, mejoría del estado confusional, etcétera).

La sedación más frecuente utilizada en medicina es la sedación transitoria, para la prevención del dolor o distrés psicológico (utilizada en ciertos procedimientos diagnósticos o terapéuticos como, por ejemplo, la endoscopia digestiva).

La sedación paliativa es la administración de fármacos para reducir la conciencia de un paciente, con enfermedad avanzada o terminal en situación de agonía, para aliviar uno o más síntomas refractarios a medidas analgésicas utilizadas adecuadamente.

ne *sedar* como “la acción de apaciguar, sosegar, calmar”, *sedante* como “fármaco que disminuye la excitación nerviosa o produce sueño” o “que tiene la virtud de calmar o sosegar los dolores o la excitación nerviosa”, y define *paliativo/a* como aquello “que mitiga, suaviza o atenúa. Se dice especialmente de los remedios que se aplican a las enfermedades para mitigar su violencia”.

El *Diccionario de Medicina de la Academia de Ciencias Médicas de Catalunya y Baleares* define *sedación*, simplemente, como “la acción producida por los sedantes” o, de una forma más completa, como “la administración de fármacos con el fin de disminuir el nivel de conciencia, con el objetivo de controlar síntomas intensos que no lo han conseguido de forma adecuada los analgésicos o también se dice de la preparación de un paciente para una intervención diagnóstica o terapéutica que puede llegar a ser estresante o dolorosa”. El mismo diccionario define *sedante* como “aquello que calma o disminuye una percepción que produce dolor y angustia” o, en una definición más descriptiva, *sedantes* son “sustancias que disminuyen la sensación de dolor o, más exactamente, la excitación del sistema nervioso central. La acción sedante de muchos medicamentos está relacionada con sus cualidades analgésicas, tranquilizantes e hipnóticas, y el tipo de acción que se alcanza (para un mismo paciente) depende de la dosis administrada”.

La sedación es una maniobra utilizada en medicina con cierta frecuencia en cuidados intensivos, psiquiatría, cuidados paliativos, etc., también para prevenir o tratar un dolor o distrés psicológico producido por maniobras diagnósticas y/o terapéuticas. Todas estas indicaciones de la sedación tienen como denominador común la protección del paciente y, según la intensidad, se puede producir una sedación superficial (permite algún tipo de comunicación) o profunda que produce inconsciencia.

La sedación más frecuente utilizada en medicina es la sedación transitoria para la prevención del dolor o el distrés psicológico (la utilizada en endoscopia, para otros procesos diagnósticos o terapéuticos, síndromes de privación, etc.). La sedación paliativa es la utilizada para controlar un *síntoma* o un *problema refractario*, entendiendo por tal “síntomas que no pueden ser adecuadamente controlados, a pesar de los intensos esfuerzos para hallar un tratamiento tolerable, en un plazo de tiempo razonable, sin que comprometa la conciencia del paciente”. Se entiende por *sedación paliativa* “la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito, implícito o delegado”.

Los fármacos que producen sedación (sedantes) en el paciente terminal en situación de agonía se administran por vía parenteral. El fármaco más utilizado para la sedación es el midazolam y es el de primera elección, excepto si el paciente presenta síntomas de delirio, pues en este caso se recomienda iniciar la sedación con levopromacina. En caso de intolerancias o de un control insuficiente, se recomienda el propofol. En un reciente estudio¹⁰ en una unidad de curas paliativas, el 20% de los pacientes terminales requirió sedación. Las principales motivaciones fueron la agitación con delirio (45%), vómitos intratables (25%), convulsiones (15%) y disnea (10%), mientras que el dolor intratable fue la indicación principal únicamente en el 5% de los pacientes, si bien el dolor estaba presente en la ma-

yoría de los pacientes en los que se indicó la sedación, aunque la indicación principal fue por otras motivaciones. La sedación indicada fundamentalmente por la presencia de sufrimientos psíquicos es muy discutida en pacientes terminales. En una encuesta realizada en Japón¹¹, entre 81 médicos responsables de servicios de curas paliativas, señalaron que habían realizado sedación profunda en 90/8,661 (1%) de los pacientes terminales. De los 81 médicos encuestados, 29 (36%) habían indicado sedación en escasas ocasiones por sufrimientos psíquicos de los pacientes terminales como principal motivación. Por tanto, se puede afirmar y deducir que esta indicación de sedación se realiza excepcionalmente en la práctica asistencial.

Ética de la sedación en pacientes terminales en situación de agonía

Hemos de empezar este apartado con la transcripción parcial de los artículos del Código de Deontología de la Organización Médico Colegial (OMC) aprobados en el año 1999. En el capítulo VII sobre la muerte, hay una sola norma, la 27, con 3 apartados.

27.1. "El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Y cuando no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir el bienestar del enfermo, aún cuando de ello pudiera derivarse, a pesar de su correcto uso, un acortamiento de la vida. En tal caso, el médico debe informar a la persona más allegada al paciente y, si lo estima apropiado, a éste mismo.

27.2. "[...] El médico ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar el tratamiento para prolongar su vida y a morir con dignidad [...]"

27.3. "El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste".

Las normas de ética del Código de Deontología de Catalunya y el capítulo VII "de la muerte", en vigor desde el 1 de abril del 2005, van en esta dirección.

La norma 68. Es idéntica a la del anterior Código de Deontología del año 1997, "[...] El médico debe tener en cuenta que el enfermo tiene el derecho de rechazar el tratamiento para prolongar la vida. Es deber médico fundamental ayudar al paciente a asumir la muerte de acuerdo con sus creencias y aquello que haya dado sentido a su vida [...]"

La norma 70 del actual Código tiene algunas diferencias con el previo: "El objetivo de la atención a las personas en situación de enfermedad terminal no es acortar o alargar su vida, sino promover su máxima calidad posible. El tratamiento de la si-

El médico debe seguir la siguiente norma ética: "el objetivo de la atención a las personas en situación de enfermedad terminal no es acortar o alargar su vida, sino promover su máxima calidad posible. El tratamiento de la situación de agonía debe pretender evitar el sufrimiento y la angustia".

Para que la sedación paliativa sea éticamente correcta es necesario que el paciente tenga una enfermedad irreversible y con sufrimientos incontrolados por analgésicos en dosis correctas y que dé su conformidad, de forma explícita, implícita o delegada, después de recibir información suficiente, tanto de su situación como de las consecuencias previsibles del tratamiento sedativo. Hacer constar en la historia clínica tanto la información dada como la respuesta. No es necesaria, y puede ser incluso contraproducente, la firma de consentimiento informado.

tuación de agonía debe pretender evitar el sufrimiento y la angustia [...]"

El Comité de Ética de la Sociedad Española de Curas Paliativas, en el apartado de consideraciones éticas de la sedación, expresa, de forma contundente, que "en el paciente terminal, es claramente una práctica médica inadecuada permitir el sufrimiento por el miedo de que se pueda avanzar el momento de la muerte, cuando lo que se busca es disminuir el dolor". Y cuando no se alcanza con los medios habituales y en las dosis adecuadas se puede y se debe recurrir a la sedación al final de la vida.

La sedación al final de la vida es "la administración de fármacos para producir una disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente terminal, con la intención de aliviar síntomas físicos (dolor, fatiga insoportable, estados confusionales) o psíquicos (ansiedad, delirio, insomnio) que no se han podido controlar con otras medidas. La sedación se hará con el consentimiento explícito o implícito del paciente, o delegado en caso de pérdida de su autonomía".

La propia definición establece el denominado principio del doble efecto, en que la administración de fármacos analgésicos y/o sedantes, en dosis progresivamente crecientes y dados con la intención de controlar uno o más síntomas que provoquen sufrimientos, puede, sin duda, avanzar el momento de la muerte de un paciente terminal. Es decir, el efecto deseado es aliviar el dolor y la privación de conciencia es un efecto secundario indeseado. Pero el posible adelanto de la muerte no debe ser considerado ni siquiera como un efecto secundario, porque el paciente desgraciadamente morirá inexorablemente por la evolución natural de su enfermedad. La sedación es, por tanto, claramente diferente de la eutanasia. Eutanasia "es provocar la muerte por acción u omisión de

una persona que lo demanda y que padece una enfermedad terminal o avanzada que provoca invalidez crónica y grave, que produce sufrimientos físicos o psíquicos sentidos subjetivamente como insoportables". El suicidio asistido "consiste en dar la información y/o los medios necesarios a un paciente incapaz para que pueda acabar fácilmente con su propia vida". Hay estudios que intentan reflejar, e incluso cuantificar, la opinión de los médicos sobre estos conflictivos aspectos, consecuencia lógica de las diferentes sensibilidades de la población en general y de los médicos en particular¹²⁻¹³. Una reciente encuesta anónima realizada en Alemania¹⁴ sobre la actitud de 251 médicos de atención primaria en relación con el sufrimiento intratable, 225 (90%) no eran partidarios de la legalización de la eutanasia, 188 (75%) tampoco del suicidio asistido, pero el 94% aceptaban como ética la sedación paliativa. En un estudio de la Universidad de Yale (Estados Unidos)¹⁵, realizado en 677 miembros del American College of Physicians, 528 (78%) consideraban una buena práctica médica la sedación paliativa en pacientes terminales y con dolor intratable, y 257 (38%) considerarían, en algunas circunstancias, éticamente adecuado el suicidio asistido. Hace unos años, el Colegio de Médicos de Barcelona realizó una amplia encuesta entre sus colegiados, en la que se constató que, aproximadamente, el 95% aceptaba como ética la sedación y/o eutanasia pasiva (en aquellos años aún se utilizaba esta denominación), pero sólo el 50% del colectivo consideraría correcta la legalización de la eutanasia activa.

Es obvio que estas diferentes opiniones, entre otras razones, vienen condicionadas por las creencias morales y religiosas de los médicos. En este sentido, es interesante un estudio¹⁶ hecho entre 443 médicos judíos en Los Ángeles (Estados Unidos). Éstos fueron divididos en 3 grupos: médicos muy religiosos, moderadamente o poco religiosos y agnósticos. La aprobación de la sedación paliativa fue amplia en los 3 grupos, el 69 frente al 80 frente al 85%, respectivamente, y con una significación estadística entre el grupo de muy religiosos y los otros 2 de $p < 0,01$, pero la gran diferencia se constató en cuanto a la aceptación de la legalización de la eutanasia, que fue del 5% en los muy religiosos frente al 42 y el 70% de los menos religiosos o agnósticos, respectivamente, y con diferencias altamente significativas entre todos los grupos ($p < 0,001$).

Sin embargo, para que la sedación en el paciente terminal sea éticamente recomendable, tiene que cumplir unas estrictas condiciones y unos requisitos que siempre deben tener presentes el equipo responsable de la asistencia, condiciones y requisitos relacionados con la enfermedad y con el paciente.

a) La enfermedad. Debe tratarse de una enfermedad grave, de pronóstico irreversible y con sufrimientos no controlados por analgésicos en dosis suficientes.

b) El paciente ha de dar su conformidad de forma explícita, implícita o delegada, después de recibir la información comprensible de su situación y de las consecuencias previsibles del tratamiento sedativo.

En un estudio realizado en España, aproximadamente la mitad de los pacientes pudo dar, personalmente, el consentimiento para la sedación paliativa y, en la otra mitad, la aceptación se obtuvo de forma delegada o, por lo menos, había quedado implícita en la prioridad de los valores y deseos manifestados por el paciente tanto al equipo asistencial como a la familia, en cuanto a la sedación¹⁷⁻¹⁸. La Sociedad Española de Cuidados Paliativos recomienda que la información del médico y la aceptación del paciente sean verbales, y evitar la firma de consentimiento al paciente y a sus familiares en caso de imposibilidad del primero. Sin embargo, es necesario que los profesionales implicados (médicos, diplomados de enfermería) reflejen en la historia clínica la decisión tomada y es recomendable que la aceptación verbal de la sedación paliativa por parte del paciente o los familiares se haga delante de algún testigo.

c) El paciente en situación de agonía tiene derecho a:

- Ser tratado como una persona humana hasta el último instante de su vida.
- Participar hasta donde sea posible en las decisiones que le afecten.
- Que le sea aplicada la terapia necesaria para combatir eficazmente el dolor.
- Recibir respuestas verídicas, aunque discretas, prudentes y esperanzadoras, a las preguntas. Recibir la información que el paciente pueda asumir e integrar.
- Mantener y expresar su fe.
- Morir en paz y con dignidad.

Como hemos podido ver, los códigos de deontología vigentes en nuestro país no aceptan la eutanasia, pero tampoco el encarnizamiento terapéutico, y consideran, por tanto, la sedación como ética y de buena práctica médica. Es obvio que deben cumplirse los parámetros indicados, es decir, paciente terminal en fase de agonía y con su consentimiento o el de sus vinculados responsables en pacientes sin suficiente conciencia.

En las unidades de curas paliativas en que la indicación de la sedación es más frecuente que en otras unidades de hospitalización, se recomienda una ayuda psicológica a sus trabajadores y una auditoría ética externa para prevenir desviaciones involuntarias de las indicaciones y procedimientos¹⁹. Esta auditoría puede ser realizada por el comité de ética asistencial del propio hospital.

Recordemos, como ya se ha indicado, la necesidad de un soporte psicológico y técnico a las familias. Un estudio japonés²⁰ en 185 familias de pacientes terminales con sedación demostró que el 55% de ellas presentaba un notable estado de ansiedad e incluso un 25% se podía catalogar de gran estrés emocional y este estado se producía a pesar de que la gran mayoría (el 78%) mostraba acuerdo e incluso satisfacción con el tratamiento sedativo.

En las unidades de curas paliativas en que la indicación de sedación paliativa es más frecuente, se recomienda una ayuda psicológica a sus trabajadores y una auditoría ética externa a la unidad, para prevenir desviaciones involuntarias de indicaciones y procedimientos.

Hay diferencias claras entre eutanasia y sedación: por la intencionalidad (en la primera, provocar la muerte, en la segunda, aliviar el sufrimiento), por el proceso de decisión (en la primera, los fármacos deben conseguir una muerte dulce, en la segunda, los fármacos deben ajustar su dosis para conseguir aliviar suficientemente el sufrimiento) y por los resultados (en la eutanasia, el parámetro de respuesta es la muerte, en la sedación, quitar el dolor y la ansiedad).

Diferencias entre sedación y eutanasia en pacientes terminales

Recordemos brevemente que hoy día se entiende por eutanasia la muerte producida por una persona, a un paciente que lo solicita de forma voluntaria y reiterada, por presentar una enfermedad terminal o sufrimientos insoportables. La sedación se diferencia de la eutanasia por:

Intencionalidad. En la eutanasia la intención es provocar la muerte, en la sedación dar un fármaco sedante para conseguir aliviar el sufrimiento.

Proceso de decisión. En la eutanasia, los fármacos hay que administrarlos en las dosis necesarias que garanticen una muerte rápida y sin sufrimientos psicológicos. En la sedación, las dosis de los sedantes se ajustan según la respuesta del paciente, lo que, necesariamente, implica una evaluación frecuente del proceso y registrar la evolución en la historia clínica del enfermo.

Resultados. En la eutanasia, el parámetro de respuesta es causar la muerte sin sufrimiento. En la sedación, el parámetro de res-

puesta es aliviar el dolor y el sufrimiento en general, aunque, en ocasiones, el necesario incremento de las dosis de los analgésicos y de los sedantes pueden llegar a producir un adelanto de la muerte.

Está bien asumido el concepto de que la finalidad de la medicina y, por tanto, de los médicos es conseguir devolver la salud a los pacientes y, cuando esto no sea posible, al menos aliviar adecuadamente al que sufre. Estos objetivos comportan, en ocasiones, situaciones de difícil decisión. Por ello, las resoluciones para el paciente y su entorno deben estar consensuadas entre sociedad y sanitarios. Como consecuencia, tanto una (la sociedad) como los otros (los sanitarios en general y los médicos en particular) debemos estar abiertos a la reflexión, e incluso al debate, e intentar adaptar, cuando sea posible, las normas éticas a los cambios sociales y de pensamiento, ya que los médicos no somos, en exclusiva, los depositarios de la verdad ética en las actuaciones hacia nuestros pacientes, pero sin nosotros cualquier actuación carecería de legitimidad moral.

Bibliografía



1. Busquets C. Per què encara es controla tan malament el dolor? L'alleugeriment del dolor: un dret de tothom. *Annals de Medicina*. 2005;88:7-9.
2. Bolívar I, Clopés A, Craven J, et al. Recomanacions en l'atenció dels pacients terminals en situació d'agonia. Comitè d'Ètica Assistencial, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona; 2002. p. 1-24.
3. Puchalski C. Spirituality in health: the role of spirituality in critical care. *Crit Care Clin*. 2004;20:487-504.
4. McClain-Jacobson C, Rosenfeld B, Kosinski A, et al. Belief in an afterlife, spiritual well-being and end-of-life despair in patients with advanced cancer. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26:484-6.
5. Ede S. Artificial hydration and nutrition at the end of life. *Eur J Palliat Care*. 2000;7:210-2.
6. Dalal S, Bruera E. Dehydration in cancer patients: to treat or not to treat. *J Support Oncol*. 2004;2:467-79.
7. Bruera E, Sala R, Rico MA, et al. Effects of parenteral hydration in terminal ill cancer patients. A preliminary study. *J Clin Oncol*. 2005;23:2366-71.
8. Amadori D, Bruera E, Cozzaglio L, et al. Guidelines on artificial nutrition versus hydration in terminal cancer patients. *Nutrition*. 1996;12:163-7.
9. Witkowski A, Carlsson ME. Support group programme for relatives of terminal ill cancer patients. *Support Care Cancer*. 2004;12:168-75.
10. Cameron D, Bridge D, Blitz-Lindeque J. Use of sedation to relieve refractory symptoms in dying patients. *S Afr Med J*. 2004;94:445-9.
11. Morita T. Palliative sedation to relieve psycho-existential suffering of terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 2004;28:445-50.
12. Morita T. Differences in physician-reported practice in palliative sedation therapy. *Support Care Cancer*. 2004;12:584-92.
13. Morita T, Imura C, Fujimoto K, et al. Changes in medical and nursing care in cancer patients transferred from a palliative care team to a palliative care unit. *J Pain Symptom Manage*. 2005;29:595-602.
14. Muller-Busch HC, Oduncu FS, Woskanjan S, et al. Attitudes on euthanasia, physician-assisted suicide and terminal sedation— a survey of the members of a German Association for Palliative Medicine. *Med Health Care Philos*. 2004;7:333-9.
15. Kaldjian LC, Jekel JF, Bernene JL, et al. Internist attitudes towards terminal sedation in end of life care. *J Med Ethics*. 2004;30:499-503.
16. Wenger NS, Carmel S. Physicians religiosity and end-of-life care attitudes and behaviors. *Mt Sinai J Med*. 2004;71:335-43.
17. Porta-Sales J, Ylla-Català E, Estibalez Gil A, et al. Estudio multicéntrico catalano-baleare sobre la sedación terminal en cuidados paliativos. *Med Pal*. 1999;6:153-8.
18. Porta-Sales J. Sedation and terminal care. *Eur J Palliat Care*. 2001;8:97-100.
19. Monti M, Cunietti E, Castellani L, et al. Ten years activity of the first Italian public hospice for terminally ill. *Support Care Cancer*. 2004;12:752-7.
20. Morita T, Ikenaga M, Adachi I, et al. Family experience with palliative sedation therapy for terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 2004;28:557-65.

Actualización Enfermedad celíaca: ¿un modelo de enfermedad inflamatoria intestinal?

Avances en la enfermedad celíaca: un modelo
de enfermedad inmunológica

Fernando Gomollón

Clínica de la enfermedad celíaca del adulto

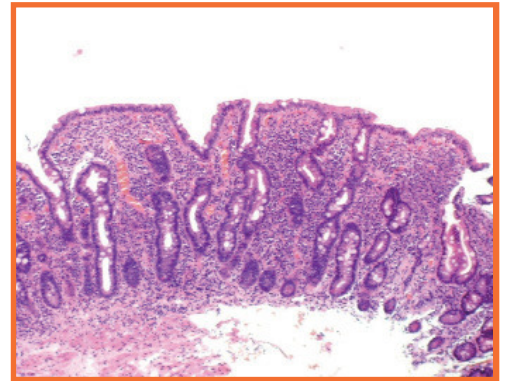
*Maria Esteve Comas, Carme Loras Alastruey
y Meritxell Mariné Guillem*

Diagnóstico de la enfermedad celíaca

*Fernando Fernández-Bañares, Mercè Rosinach
y Rebeca Santaolalla*

Tratamientos de futuro: ¿algo más que la dieta sin gluten?

Salvador Peña



Medicina guiada

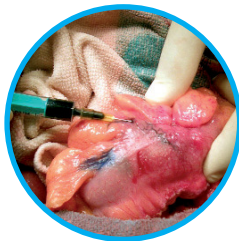
Conducta que debe seguirse ante la presencia de varices esofágicas de pequeño tamaño

Àngels Escorsell Mañosa y Jaume Bosch Genover

El lugar en terapéutica de...

Nuevos inmunosupresores: anticuerpos monoclonales
en el trasplante hepático

Blanca Verdura y Xavier Xiol



Revisión técnica diagnóstica

Utilidad del ganglio centinela en el cáncer colorrectal

Rubén Hernando Tavira y Félix Junquera Flórez

Ensayos clínicos y práctica clínica

Donantes de órganos sólidos con marcadores víricos B y C positivos

Rafael Bárcena Marugán

Prevención de...

Cribado poblacional del cáncer de mama en España:

¿qué lecciones hemos aprendido con vistas al cribado del cáncer colorrectal?

Xavier Castells Oliveres

Ventana a otras especialidades

Tratamiento del dolor crónico

David Salvatierra Díaz y José María Pérez Peña

Hablemos de...

Métodos para la realización de evaluaciones económicas de intervenciones sanitarias

Carlos Rubio Terrés