



**Arguello Tovar Avilene Del Rocío**

**Dr. Abarca Agenor**

**Resumen**

**Medicina Paliativa**

**PASIÓN POR EDUCAR**

**Grado: 6 B**

Comitán de Domínguez Chiapas a 23 de junio del 2023

# “La sedación paliativa en el paciente terminal: aplicaciones y controversias.”

## Historia

comenzó en Londres en la década de los sesenta (en España fue más tardía iniciándose en los años 80). También se denominaban cuidados tipo “hospice”, que derivaron de los hospicios que existían en el Medievo. creadora de este movimiento fue Cicely Saunders; ésta comenzó a estudiar política, filosofía y economía en el St. Anne’s College (Oxford) por la negativa de sus padres a su deseo de estudiar enfermería.

Con el inicio de la Segunda Guerra Mundial en 1939, se despidió de Oxford y decidió comenzar sus estudios en la Escuela de St. Thomas Hospital Nightingale School. el St. Luke’s Home for the Dying Poor o en el St. Joseph’s Hospice, fundó en 1961 el St. Crispin’s Hospice en Londres, inaugurado en 1967 y considerado el lugar donde surgieron lo que actualmente conocemos como Cuidados Paliativos, el cual sigue funcionando en la actualidad. En los años 60, Cicely Saunders recibe influencias de los movimientos de Norteamérica, donde se defendía la autonomía de las mujeres y de los pacientes. El término “hospice” se fue independizando de la autoridad de los facultativos, teniendo así el cuidado de los enfermos terminales, un espacio más autónomo. se han realizado numerosos progresos como el aumento de recursos, la formación de los profesionales, la creación de unidades de cuidados paliativos o la investigación, que ayudan de manera decisiva al desarrollo teórico y práctico de los cuidados paliativos. Uno de los aspectos más relevantes en esta área, es la necesidad de aliviar el sufrimiento del paciente

## Definiciones

La OMC y la SECPAL han elaborado una guía que facilita la praxis correcta y segura desde el punto de vista ético y legal de la sedación paliativa para el paciente, la familia y, como no, para los profesionales que lo aplican, comprende mejor los conceptos que se van a manejar a lo largo de la revisión, comenzando por la definición de sedación paliativa, la cual entendemos por menguar de manera deliberada los niveles de conciencia del paciente administrando una serie de fármacos, con el fin de aliviar el sufrimiento, en los últimos días o momentos de su vida y padece un gran sufrimiento, la sedación que se utiliza en esta situación debe ser tan continua y profunda en este caso estaríamos hablando de sedación paliativa en la agonía o sedación terminal.

enfermedad terminal nos referimos a un proceso sin posibilidad terapéutica de curación, que se encuentra en un estadio avanzado, y cuyo pronóstico no supera apenas los meses o incluso semanas de vida para el paciente. La situación de agonía en un paciente con enfermedad terminal, es la previa a la muerte que va produciéndose de una forma gradual y paulatina. los síntomas refractarios, que son aquellos que no pueden ser controlados con los tratamientos existentes y que se han utilizado previamente en un periodo de tiempo prudente y moderado, los síntomas refractarios son: la agitación, el delirio, la dificultad respiratoria, el dolor severo, las náuseas y los vómitos.

La consejería de sanidad de la Junta de Andalucía propone en su documento de apoyo para la sedación paliativa y terminal, una clasificación del tipo de sedación según:

- Su objetivo
- La temporalidad
- La intensidad

## **Escalas**

**Escala de Ramsay**, que indica el nivel de sedación del paciente y permite definir el nivel de sedación que se quiere lograr. Fue desarrollada por el médico estadounidense Michael Ramsay y es la más utilizada en el mundo para valorar la sedación

La escala de Richmond, también conocida como Richmond Agitation Sedation Scale (RASS), es utilizada para evaluar el grado de agitación-sedación en pacientes críticos mediante la vigilancia e interacción con el paciente

## **Fármacos**

El tipo de fármaco, la localización del paciente en ese momento o el tiempo previsto que va a durar su administración es importante valorar qué fármacos son indispensables y cuáles no, para tratar de administrar únicamente los considerados necesarios. Se pueden clasificar en:

- Sedantes: midazolam, diazepam, clometiazol.
- Neurolépticos: levomepromazina, haloperidol, clorpromazina.
- Anestésicos: fenobarbital, propofol.

## **Bioética:**

en el ámbito clínico conlleva la necesidad del apoyo de la bioética, a fin de resolver los conflictos que puedan sobrevenir de cada caso. los conocimientos adquiridos en bioética y si fuera preciso, el asesoramiento de los comités de bioética asistencial, resultan de gran ayuda. Es así que surge con mucha frecuencia esta necesidad a la hora de tomar decisiones que marcarán un antes y un después en la vida del paciente

Según la Sociedad Española de Oncología Médica el número de fallecidos en España a causa de tumores en 2016 fue de 112.939 muertes, un 27,5% del total.

A nivel mundial, la OMS cifró en 8,8 millones las muertes por cáncer en 2015.

El oncólogo estadounidense Van Renssealer Potter, considerado el padre de la bioética, fue un importante bioquímico profesor de Oncología en el McArdle Laboratory for Cancer Research, de la Universidad de Wisconsin-Madison durante más de 50 años el cual acuñó en su obra Bioethics: bridge to the future (1971) el término bioética

Diego Gracia fue el que especificó más acertadamente la ``ética de los principios``. En 1974, el Congreso de EE.UU. creó la National Commission for the protection of Human Subjects and Behavioral Research con el fin de identificar las actuaciones en la biomedicina

el principio de autonomía se habla del respeto a las decisiones y opiniones autónomas de los pacientes evitando obstaculizar sus acciones salvo en el caso de que se pudiera dañar a otra persona

El principio de beneficencia se puede entender como la obligación de conseguir el bien del paciente. De aquí se derivaría el principio de no maleficencia, que expresa el no hacer daño, esta aportación la hicieron en 1979 Childress y Beauchamp, y fue aceptada por la moral tradicional. El último es el principio de justicia; la Comisión lo orienta a que los sujetos iguales deben tratarse de la misma manera haciendo un reparto equitativo de las cargas y beneficios

los enfermos terminales, la problemática existente se debe a las diferentes opciones que se presentan ante casos de pacientes que se acercan al final de sus días y en los que existe un mal control de síntomas o sufrimiento intenso; pudiéndose plantear la sedación irreversible para aplacar estos dolores

En la sedación terminal, resulta fundamental e imprescindible tener en cuenta la regla ética del ``Doble Efecto``, en la que se defiende que un acto moralmente bueno está definido en parte por su intencionalidad, aunque eso no excluye que de esa acción puedan derivar efectos que no son deseados y puede que sean perjudiciales, pero que, a pesar de ello, tienen que ser moralmente tolerados.

## **Marco legal**

ley que garantizara la dignidad de la persona en el proceso de la muerte: Ley 2/2010 de 8 de abril de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte que deja claro el objeto de la misma en su artículo 1.

`` Regular el ejercicio de los derechos de la persona durante el proceso de su muerte, los deberes del personal sanitario que atiende a estos pacientes, así como las garantías que las instituciones sanitarias estarán obligadas a proporcionar con respecto a ese proceso.

En su artículo 14 regula también el derecho de los pacientes a la administración de sedación paliativa: ``Los pacientes en situación terminal o de agonía tienen derecho a recibir sedación paliativa, cuando lo precisen``. La siguieron la comunidad navarra y la aragonesa

En el artículo 8 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica-

## **Nutrición e hidratación**

- En el artículo de Paulina Taboada R. Explica que el paciente que inicia este tipo de sedación, es previsible que al final de la vida pierda su capacidad de hidratarse o nutrirse espontáneamente dependiendo del nivel de la sedación
- Liliana H. Rodríguez comenta en su artículo de revisión, elaborado en el Hospital Italiano de Buenos Aires, que el mantenimiento de la hidratación o alimentación artificial debe considerarse un proceso aparte del de la sedación
- Liliana H. Rodríguez comenta en su artículo de revisión, elaborado en el Hospital Italiano de Buenos Aires, que el mantenimiento de la hidratación o alimentación artificial debe considerarse un proceso aparte del de la sedación
- Según la revisión de Olsen, Swetz y Mueller, no existe una evidencia clara que indique la prolongación de la vida gracias a la nutrición o hidratación artificial en pacientes que se encuentran en situación de últimos días
- Jorge Luis Soriano García et al., consideran en su estudio, que la hidratación artificial podría no ayudar al alivio del sufrimiento
- Nogueira y Sakata, argumentan en su artículo de revisión la falta de protocolos de soporte hídrico e hidratación en pacientes en etapa terminal.

## **Farmacología**

Es importante tener en cuenta algunos aspectos a la hora de elegir el fármaco que vamos a utilizar:

- . – Monitorizar correctamente al paciente durante la sedación con la ayuda Elegir de forma acertada el medicamento dependiendo del síntoma a tratar
- Concretar de diversas escalas como la de Ramsay.
- la dosis necesaria hasta llegar al nivel requerido de sedación. – Se pueden administrar bolos adicionales de medicación para conseguir un mantenimiento del nivel conseguido. – La vía de administración, el lugar de instauración y los recursos necesarios.

- Los benzodiacepinas son los fármacos más utilizados, sobretodo el midazolam (es la droga más utilizada)
- Patricia Bonilla en su artículo de revisión, apoya que la elección del medicamento dependerá del síntoma refractario. En el caso de que hablemos de delirio, el tratamiento se iniciará con levomepromazina con una dosis de 25 mg cada 6 u 8 horas por vía intravenosa o subcutánea
- En el artículo de Camilo Rada-Ortega et al., se exponen los medicamentos utilizados en la sedación paliativa, siendo el más frecuente el midazolam con una dosis variable de 20 a 120 mg al día; su elección es debida a su corta vida media y su rápido inicio de acción
- En los resultados obtenidos por Jorge Luis Soriano et al. en su estudio sobre la utilización del midazolam en la sedación paliativa, se observó que la vía más utilizada fue la subcutánea y en más del 70% de los pacientes se utilizó la sedación intermitente
- Sophie Schur et al. obtuvieron en sus resultados que el midazolam se utilizó con mayor frecuencia para la sedación en un 79% de los casos (n=395), seguido del lorazepam con un 13% de los casos (n=66), haloperidol en un 10% (n=51), levomepromazina 3% (n=17), diazepam 3% (n=14) y propofol 3% (n=13). La mayoría de los pacientes solo se les administró un fármaco 88% (n=443) y un 11% recibieron dos (n=53).
- En el estudio descriptivo y retrospectivo realizado en la unidad de Cuidados Paliativos del hospital de Montevideo se extrajeron los datos de 58 pacientes en los que en un 96,5% se utilizó el midazolam y en un 39,6% el haloperidol (en todos los pacientes se siguió administrando la analgesia previa)
- Según el estudio de María Nabal et al. se utilizaron una media de 2,6 fármacos (con un rango de entre 1 y 3) durante la sedación paliativa de los 48 pacientes .En éstos se incluían fármacos sedantes y también fármacos para el control de síntomas: morfina con dosis media de 40 mg (rango de entre 50 y 120 mg/día), midazolam con dosis media de 38,9 mg/día (rango de entre 5 y 150 mg/día), haloperidol utilizado en 2 casos, con dosis de entre 5 y 10 mg/día, la escopolamina se usó en 16 casos con un rango de dosis de entre 0,5 y 1,5 mg.

- En la revisión bibliográfica realizada por Pérez, Molina, Chacón y Rodríguez, se explica los fármacos de elección utilizados en la sedación paliativa siendo estos: las benzodiacepinas (midazolam), los opioides (cloruro mórfico), los neurolépticos sedativos (clorpromazina o levomepromazina), los anticonvulsivantes (fenobarbital) y los anestésicos (propofol).

## **Cuándo está indicada la sedación paliativa**

se puede categorizar de la siguiente forma las situaciones clínicas en las que estaría indicada la sedación paliativa:

1. en pacientes que padezcan insomnio o ansiedad como sedación transitoria o de descanso. la sedación paliativa en el paciente terminal: aplicaciones y controversias. universidad de valladolid. Sonia blanco Martínez.
2. como sedación transitoria para realizar procedimientos que puedan resultar dolorosos o incomoden al paciente.
3. como sedación transitoria para el cuidado de lesiones o posibles quemaduras.
4. para controlar posibles situaciones amenazantes como sangrados o crisis de ansiedad también de modo transitorio.
5. como sedación en el final de la vida para retirar el soporte ventilatorio.
6. para el manejo de síntomas refractarios en el final de la vida.
7. como sedación para el sufrimiento psicológico o existencial.

## **El sentido del PDE y la distinción intentado/colateral**

establece que un efecto malo que sería siempre inmoral intentar (esto es, procurar como fin o como medio) puede, no obstante, provocarse justificadamente si sólo se sigue como efecto colateral de una acción en sí misma lícita y necesaria para conseguir un bien de importancia proporcionada. Las reglas precedentes también se aplican a la muerte de enfermos graves. Conforme al PDE, la eutanasia y el suicidio médicamente asistido son actos siempre ilícitos, pues en ambos se intenta la muerte del enfermo como medio para poner término a sus sufrimientos.

es lícito suministrar a un enfermo terminal un tratamiento paliativo proporcionado, aun cuando se prevea que, como efecto colateral, acelerará la muerte. Y es



igualmente lícito omitir o interrumpir la aplicación de medios o tratamientos desproporcionados

Esta aplicación tradicional del PDE ha sido recogida por el Derecho. Ella encuentra su refrendo jurisprudencial en las sentencias de los casos *Vacco vs. Quill*, dictada por la Corte Suprema de los Estados Unidos de Norteamérica en 1997, y *Rodríguez vs. British Columbia*, dictada por la Corte Suprema de Canadá en 1993.

*Vacco vs. Quill* se origina cuando un grupo de médicos y enfermos terminales demandan al estado de Nueva York bajo el alegato de que su ley penal violaba la Decimocuarta Enmienda de la Constitución de los Estados Unidos de Norteamérica, que garantiza a toda persona la igual protección de las leyes. Los demandantes afirmaban que la ley estatal establecía una distinción arbitraria al prohibir, por una parte, el suicidio médicamente asistido, y permitir, por la otra, acciones médicas que producen como efecto previsto la muerte del paciente: los referidos tratamientos paliativos y el rechazo

Al resolver, la Corte deniega la petición de los demandantes con el argumento de que la distinción supuesta en la ley no es arbitraria, sino que, por el contrario, está de acuerdo con los principios jurídicos fundamentales sobre la causalidad y la intención

En *Rodríguez vs. British Columbia*, la demandante alegó que la prohibición penal del suicidio asistido era contraria a diversas disposiciones de la *Canadian Charter of Rights and Freedoms*. La Corte, al pronunciarse sobre el mismo argumento invocado por los impugnantes de la ley penal de Nueva York, las distinciones basadas en la intención son importantes, y, de hecho, forman las bases de nuestro Derecho Penal

La sección 282A del *Queensland Criminal Code Act 1899* señala que una persona no es criminalmente responsable por proporcionar cuidados paliativos a otra si lo hace con razonable habilidad y cuidado. Y luego agrega que esto «se aplica incluso si un efecto incidental de proporcionar el cuidado paliativo es acelerar la muerte de la otra persona

última cita da ocasión para decir que, conforme al PDE, las distinciones acción/omisión y hacer/permitir carecen de relevancia para determinar especies de acciones. Así, el médico que mata intencionalmente al enfermo para poner fin a sus sufrimientos

## **Respuesta al argumento de Thomson**

Comienza su crítica contra el PDE señalando que «existe considerable doctrina en la filosofía moral inglesa que objeta su utilidad. Enseguida menciona algunos autores que lo habrían rechazado. Es claro, sin embargo, que la sola existencia de detractores del PDE no es un argumento contra su validez

Según Thomson, el PDE conduce a la absurda conclusión de que no se podría aplicar sedación terminal a un enfermo grave si el único médico disponible fuera un partidario de la eutanasia que, por tanto, inyectaría la droga paliativa con intención de matar.

Thomson olvida que el PDE no sólo es compatible con, sino que surge y se inserta armónicamente en, una teoría ética que reconoce que la justificación moral es más exigente que la justificación jurídica. El Derecho, en efecto, versa directamente sobre la justicia o injusticia de los actos externos

conforme al PDE, esta acción está justificada desde el punto de vista jurídico, pues objetivamente la muerte del feto es sólo un efecto colateral de un acto terapéutico en sí mismo lícito, necesario y proporcionado.

## **La relevancia moral de la distinción intentado/colateral**

El PDE comprende una faz prohibitiva y una faz permisiva. En efecto, él supone dos tesis morales e existen ciertos efectos malos que siempre está prohibido intentar e está permitido provocar esos mismos efectos malos si ellos se siguen como efecto colateral de una acción en sí misma lícita y necesaria para alcanzar un bien de importancia proporcionada

## **Justificación de la faz prohibitiva del PDE**

el homicidio, como acto siempre injusto, consiste en matar intencionalmente a un ser humano inocente –esto es, en proponerse matar a un ser humano inocente ya sea como fin de la acción o como medio para conseguir otro fin– contiene elementos que están fuera de controversia. e es injusto proponerse matar a un inocente como fin del acto, o sea, por pura malicia o gozo en el mal ajeno,

es injusto proponerse matar a un inocente como fin del acto, o sea, por pura malicia o gozo en el mal ajeno

La tesis de que es lícito matar a un inocente como medio para un buen fin es característica de las éticas consecuencialistas. Mas hay buenas razones para rechazar este tipo de doctrinas. En particular, ellas constituyen una negación práctica de la dignidad de la persona humana, pues esta dignidad exige que nunca se trate a un ser humano como si fuera un mero medio, instrumento o cosa.

Las prohibiciones morales absolutas de la tradición del PDE constituyen, por el contrario, una defensa de la dignidad de la persona, en la medida en que fijan los límites de la conducta humana<sup>14</sup>, límites cuya transgresión degrada al hombre.

### **Justificación de la faz permisiva del PDE**

el PDE no sólo debe defenderse de un consecuencialismo que suprime la dignidad de la persona. En el otro extremo, existe una teoría que rechaza lo que hemos denominado faz permisiva del PDE

na posición que niegue tanto el consecuencialismo como la faz permisiva del PDE sólo podría decir que el homicidio, como acto siempre prohibido, consiste en realizar una acción positiva de la que se sigue previsiblemente la muerte de un ser humano inocente, o en optar por un curso de acción (acción positiva u omisión) del que se sigue previsiblemente la muerte de un ser humano inocente.

De paso, el PDE evita el rigorismo que supondría limitar la prohibición absoluta del homicidio en función de la distinción acción/omisión. Este rigorismo impediría efectuar tratamientos paliativos a enfermos terminales, pues exigiría al agente abstenerse de actuar, sin importar cuál sea el bien del que se verá privado, cada vez que prevea que de su acción se seguirá la muerte de un inocente, incluso como efecto colateral.