

Alumno: William de Jesús López Sánchez

Docente: Dr. Agenor Abarca Espinosa

RESUMEN: SEDACIÓN PALIATIVA Y EUTANASIA

PASIÓN POR EDUCAR

Materia: Medicina paliativa

Grado: 6°

Grupo: "A"

Comitán de Domínguez Chiapas a 17 de mayo del 2024.

EUTANASIA

INTRODUCCIÓN

La eutanasia es un tema complejo y sensible que involucra decisiones sobre el final de la vida humana. Se define como la acción deliberada de poner fin a la vida de una persona que padece una enfermedad terminal o sufrimientos insoportables, con el objetivo de aliviar su dolor y sufrimiento. Esta práctica ha generado intensos debates éticos, morales, religiosos y legales en todo el mundo, reflejando tensiones entre el respeto a la autonomía individual, el derecho a una muerte digna y el deber de proteger la vida humana. En este ensayo, exploraremos el artículo "El derecho a decidir: eutanasia y suicidio asistido" como un punto de partida para examinar las complejidades y argumentos en torno a estas prácticas

EUTANASIA

En la encrucijada de la ética médica y los derechos individuales, la eutanasia y el suicidio asistido emergen como temas de intensos debates globales. El derecho a una muerte digna y controlada choca con las preocupaciones éticas y morales arraigadas en nuestras sociedades contemporáneas.

El artículo aborda inicialmente la eutanasia, definida como la acción de poner fin a la vida de un paciente que sufre de una enfermedad terminal o dolor insoportable, con su consentimiento expreso o implícito. Este acto busca aliviar el sufrimiento extremo y garantizar una muerte digna, planteando cuestiones fundamentales sobre la autonomía del paciente y la intervención médica. Aunque legal en algunos países y regiones, la eutanasia sigue siendo un tema de gran controversia en otros, donde se argumenta que va en contra del principio fundamental de preservar la vida.

El suicidio asistido, otro aspecto discutido en el artículo, implica proporcionar los medios para que una persona termine con su vida de manera autónoma y voluntaria. Este acto se diferencia de la eutanasia en que el paciente tiene un papel activo en su muerte, aunque con la asistencia de un profesional de la salud. Los defensores argumentan que el suicidio asistido respeta la autonomía del individuo y permite una muerte sin dolor ni sufrimiento prolongado.

Sin embargo, los críticos plantean preocupaciones éticas y prácticas significativas. Entre ellas se encuentran el potencial para el abuso de los procedimientos, la vulnerabilidad de las personas mayores o discapacitadas, y los dilemas morales sobre el valor intrínseco de la vida humana. Estas preocupaciones subrayan la necesidad de un marco legal y ético robusto que regule estas prácticas, protegiendo tanto los derechos del paciente como los principios fundamentales de la medicina y la ética.

Desde una perspectiva global, la legalización y la aceptación de la eutanasia y el suicidio asistido varían ampliamente. Países como los Países Bajos, Bélgica y Canadá han adoptado leyes que permiten formas específicas de eutanasia y suicidio asistido, con estrictos requisitos de consentimiento informado y evaluaciones médicas rigurosas. En contraste, muchos otros países, incluidos varios estados de los Estados Unidos, prohíben estas prácticas bajo cualquier circunstancia, considerándolas contrarias a los principios médicos y morales establecidos.

CONCLUSIÓN

En conclusión, el artículo "El derecho a decidir: eutanasia y suicidio asistido" proporciona una mirada profunda a los dilemas éticos y legales que rodean estas prácticas médicas controvertidas. A medida que la sociedad enfrenta el envejecimiento de la población y la evolución de los derechos individuales, el debate sobre la eutanasia y el suicidio asistido continuará siendo central en las discusiones sobre ética médica, derechos humanos y legislación. La búsqueda de un equilibrio entre la compasión hacia el sufrimiento humano y la protección de los valores éticos fundamentales sigue siendo un desafío crucial para las sociedades contemporáneas.

El derecho a decidir: eutanasia y suicidio asistido

The right to choose: euthanasia and assisted suicide

Asunción Álvarez del Río

Resumen

Este artículo empieza por aclarar qué se entiende por "eutanasia" y "suicidio asistido" y en qué se distinguen estas decisiones de otras que también se dan en el contexto de la atención médica al final de la vida. A continuación se revisan los lugares en que se permite la eutanasia o el suicidio asistido y se examina la situación legal en México. Se analizan algunos de los argumentos en contra de la muerte medicamentosa asistida y la relación de ésta con los cuidados paliativos, en específico, con la sedación terminal. Finalmente, se comenta el debate actual para decidir si extender los límites de la ley que permite a un médico ayudar a morir en dos situaciones: la de los pacientes con demencia y la de las personas de edad avanzada y mentalmente competentes que desean poner fin a su vida.

Palabras clave: Eutanasia, suicidio asistido, cuidados paliativos, sedación terminal.
Cir Gen 2013;35(Supl. 2):S115-S118

Abstract

This paper begins by clarifying what is meant by "euthanasia" and "assisted suicide" and distinguishes them from other end-of-life medical decisions. The places in which euthanasia or assisted suicide are legally allowed are mentioned as well as the legal situation in Mexico. The paper then analyzes some arguments against physician-assisted death and its relation to palliative care, specifically to terminal sedation. Finally, we comment on the current debate to consider extending the legal scope of physician-assisted death in two situations: for patients with dementia and for very elderly mentally competent individuals who wish to end their life.

Key words: Euthanasia, assisted suicide, palliative care, terminal sedation.
Cir Gen 2013;35(Supl. 2):S115-S118

Introducción

En la discusión sobre la eutanasia y el suicidio asistido hay que empezar por ponernos de acuerdo en qué entendemos cuando hablamos de estas acciones y qué relación tienen con otras decisiones sobre el final de la vida que también se dan en el contexto de la atención médica.

Eutanasia es la acción que realiza un médico para producir la muerte de un paciente, sin dolor y a petición de éste.¹ Esta definición, así de específica, implica llamar eutanasia sólo a la acción que es voluntaria, activa y directa, y llamar de otra forma a otras decisiones que

se clasificaban como clases de eutanasia. Entonces, en lugar de hablar de eutanasia no-voluntaria cuando se causa la muerte de un paciente que no lo ha solicitado (porque no puede), hay que decir "terminación de la vida sin solicitud expresa" (o algo equivalente). Si se causa la muerte de un enfermo sin tomar en cuenta su voluntad (que sí podría expresar) o en contra de ella, hay que llamar a esa acción homicidio o asesinato, en lugar de "eutanasia involuntaria".

Por otro lado, es preferible abandonar el término de "eutanasia pasiva" cuando se deja de dar o se retira un tratamiento con la consecuente muerte del paciente.

www.medigraphic.org.mx

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina,
Universidad Nacional Autónoma de México, México, DF, México.

Recibido para publicación: 2 enero 2013

Aceptado para publicación: 31 enero 2013

Correspondencia: Asunción Álvarez del Río

Universidad Nacional Autónoma de México, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental,
Facultad de Medicina, Circuito Exterior Ciudad Universitaria, 04510, Coyoacán, México, DF, México.
Tel: (5255) 56 23 23 00 ext. 43183, Tel. móvil: (5255) 5408 9074, E-mail: asun57@gmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/cirujanogeneral>

Esta decisión recae en el médico cuando es éste quien considera que no se justifica un tratamiento porque no va a beneficiar al paciente, lo que corresponde llamar "limitación del esfuerzo terapéutico". Pero puede suceder que el médico recomiende una intervención que considere que sí beneficiaría al enfermo, y éste la rechaza, aun sabiendo que va a morir. Esta decisión se llama "rechazo del tratamiento por parte del paciente". En muchos países se reconoce que no puede imponerse ninguna terapia a nadie; claro que esto no significa que no haya muchas personas viviendo en contra de su voluntad por recibir tratamientos que no quieren.

Ahora bien, un enfermo puede rechazar un tratamiento (sabiendo que va a morir) porque quiere evitar el sufrimiento adicional de los efectos secundarios, pero puede ser que lo rechace simplemente porque quiere morir y, en ese sentido, en los países donde no es legal la eutanasia (activa), ese paciente tiene suerte de que exista algo que se le puede dejar de dar. Por otra parte, no queda claro por qué en la mayoría de los países se establece una diferencia, en términos éticos, para considerar aceptable esa decisión y no la que implica ayudar a un enfermo que desea morir por el sufrimiento que padece, pero no hay tratamientos que retirarle, por lo que sólo puede morir si se le dan medicamentos que causen su muerte.

La eutanasia y el suicidio asistido (las dos modalidades de muerte médicamente asistida) son acciones muy parecidas porque ambas tienen la clara intención de ayudar a causar la muerte de un paciente, que es lo que éste quiere. Se distinguen entre sí porque en el suicidio asistido el médico se limita a proporcionar a la persona los medios para que se suicide, pero no realiza la acción que causa la muerte. Es mejor hablar de suicidio médicamente asistido para distinguirlo del suicidio asistido, sin adjetivo, que sería la ayuda para que alguien se suicide, pero fuera del contexto médico (la razón por la que la persona quiere morir no proviene de una enfermedad y la persona que ayuda no es un médico). El único lugar en que el suicidio asistido está permitido es en Suiza,² siempre y cuando los motivos para ayudar a morir sean altruistas y no por interés personal de quien ayuda.

Lugares en que se permite la muerte médicamente asistida

La eutanasia y el suicidio médicamente asistido se permiten en Holanda, Bélgica y Luxemburgo. El suicidio médicamente asistido (pero no la eutanasia) se permite en los estados de Oregon, Washington y Montana en los Estados Unidos (prefieren hablar de "ayuda para morir", *aid in dying*, porque el término "suicidio" suele asociarse, de manera peyorativa, a la muerte que se causa una persona no como resultado de una decisión racional sino por el efecto de una perturbación mental). En Colombia se podría aprobar pronto un proyecto de ley para regular la eutanasia, que fue autorizada en 1997 por la Corte Constitucional. En muchos otros países hay un debate importante para decidir si debe o no permitirse la muerte médicamente asistida: en los Estados Unidos,³ Canadá,⁴ el Reino Unido, Francia, España y Australia;

varios de ellos privilegian la modalidad del suicidio médicamente asistido.

En México, se han dado cambios legales para que los pacientes puedan rechazar los tratamientos que sólo añaden más sufrimiento, aunque la consecuencia sea que mueran, lo cual también da seguridad a los médicos de que no tendrán problemas legales por la muerte del paciente. Este paso se dio primero con la Ley de Voluntad Anticipada para el DF, vigente desde 2008. Después, a nivel federal se reformó la Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos (un nombre más apropiado), pero su reglamento no ha sido aprobado, no porque se desaprobaba: simplemente se desatendió.⁵

Ambas leyes establecen que el paciente que ya no recibe tratamientos curativos debe recibir cuidados paliativos, aun cuando estos disminuyan su conciencia o aceleren su muerte. Las leyes prohíben la eutanasia y, aunque se entiende que los legisladores hayan decidido realizar los cambios de manera paulatina, es deseable que se deje abierta la puerta para aprobarla más adelante. Si bien en la mayoría de los casos la suspensión de tratamientos inútiles y los cuidados paliativos son suficientes para que la gente muera bien, no siempre se puede aliviar el sufrimiento físico o emocional, y en esas condiciones, hay pacientes que prefieren adelantar su muerte.

Cuidados paliativos y muerte médicamente asistida

Un argumento en contra de la legalización de la eutanasia (y el suicidio médicamente asistido) es que los médicos perderían el interés en dar cuidados paliativos a sus pacientes si tienen la opción de ayudarlos a morir, y se desincentivaría el desarrollo de estos cuidados. Las investigaciones realizadas en los lugares donde se permite alguna forma de muerte médicamente asistida demuestran que los cuidados paliativos han mejorado notablemente. De hecho, Oregon es el estado de su país que mejor atención proporciona a los pacientes en el final de su vida.⁶ En Bélgica, los cuidados paliativos se empezaron a desarrollar a principios de los 80, al mismo tiempo en que se empezó a discutir la legalización de la eutanasia, y ambas opciones se han visto como complementarias.⁷

También se ha argumentado que antes de permitir la muerte médicamente asistida en un lugar, debe asegurarse el acceso de todos los pacientes a los cuidados paliativos adecuados. Sin duda, debe trabajarse para que llegue un momento en que cualquier paciente pueda recibir la mejor atención paliativa, pero parece cruel argumentar a alguien que quiere terminar con su vida por el sufrimiento que padece que mientras la meta de cuidados paliativos no se alcance, tampoco se le puede ayudar a morir.

En los últimos años, dentro de la atención paliativa, ha ganado importancia el uso de la sedación a pacientes en fase terminal. Esta intervención puede ser leve o profunda, intermitente o continua, e ir o no acompañada de la suspensión de hidratación. Cuando se trata de una sedación profunda y continua, en la que se suspende la

hidratación al paciente (para no prolongar su situación), podemos hablar de sedación terminal, la cual tiene indicaciones precisas: 1) no hay otra forma de aliviar el sufrimiento del paciente, y 2) su expectativa de vida es menor a una o dos semanas. La sedación se considera una práctica médica normal, diferente a la eutanasia que, en los países en que se permite, se considera una causa de muerte no natural que debe reportarse para evaluar si el médico actuó de acuerdo con la ley.⁴

Es muy positivo que esta forma de sedación se pueda aplicar a los pacientes que padecen un sufrimiento extremo y, de hecho, sería poco ético no aliviar su aflicción cuando existen medios para hacerlo. Pero hay que reconocer que la distinción entre sedación terminal y eutanasia no siempre es muy clara (por ejemplo, si se aplica a un paciente que pide ayuda para morir donde la eutanasia es ilegal). Por otra parte, si con la sedación terminal se prevé que seguirá la muerte del paciente, ¿por qué sólo sería legítima esta intervención que no tiene la intención de causar la muerte si esto es precisamente lo que algunos pacientes quieren? ¿por qué se consideraría legítimo anular la conciencia de la persona y causar su muerte personal y social, pero no la muerte completa que algunos pacientes desean? Finalmente, la preocupación sobre el posible abuso de la eutanasia aplica igualmente a la sedación terminal, sobre todo si se usa sin discutirla con pacientes que si estarían en condiciones de hacerlo.⁵

En el contexto de la atención paliativa, una opción legal para los pacientes que desean poner fin a su vida pero no quieren o no pueden optar por la eutanasia o el suicidio médicamente asistido es dejar de alimentarse e hidratarse (*voluntarily stopping eating and drinking, VSED*). Es una alternativa de la que se habla cada vez más abiertamente en otros países, se explica a los pacientes y familiares qué implica, qué deben esperar con ella y qué apoyo paliativo se les puede ofrecer para aliviar los síntomas que surjan.

Algunos temas del debate actual

El primero se refiere al caso de los pacientes con demencia que solicitaron por adelantado que se les aplicara la eutanasia en caso de encontrarse en un estado avanzado de la enfermedad. Hay que tener en cuenta que cada vez existe más conciencia en la sociedad de que a medida que la expectativa de vida aumenta, es mayor la probabilidad de padecer demencia, y puesto que no existen tratamientos para ella, la eutanasia puede verse como una solución. En Holanda la ley contempla la solicitud anticipada, pero en la práctica los médicos no quieren aplicarla porque el paciente con demencia avanzada no guarda ninguna relación con la persona que pidió no vivir así y no tiene la menor idea de que alguien esté considerando su muerte. Se trata de una situación problemática porque quien expresó por anticipado su voluntad quería tener la tranquilidad de que no viviría en una situación de deterioro que temía. Los médicos, en cambio, si están dispuestos a aplicar la eutanasia cuando un paciente se encuentra en la primera etapa de la enfermedad, entiende lo que implica que ésta

avance y puede expresar de manera clara y consistente su deseo de que se le ayude a morir. El médico puede comprobar que se cumplan también los otros requisitos legales: que el sufrimiento del enfermo sea intolerable (en este caso, emocional, por saber que avanza hacia su desintegración como persona) y que no existan alternativas de alivio.¹⁰

Otro tema ampliamente debatido es el de las personas de edad avanzada ("cansadas de vivir" o que "han completado su vida") que quieren ayuda para morir pero no padecen una enfermedad grave que esté causando un sufrimiento intolerable, así que no cumplen los criterios legales que permiten a un médico aplicar la eutanasia. El interés de personas en edad avanzada de contar con medios eficaces para suicidarse de manera segura y sin violencia también se ha manifestado en otros países. En el Reino Unido se fundó en 2008 la *Society for Old Age Rational Suicide*, SOARS (Sociedad por el Suicidio Racional para Personas de Edad Avanzada), aun cuando en este país la muerte médicamente asistida no está permitida en ningún caso. En Holanda, donde sí se permite y se ha mantenido un cuidadoso análisis de lo que sucede en la práctica para revisar sus límites, es donde más se discute si debería permitirse aplicar la eutanasia a estas personas. Vimos que en este país la experiencia demostró que aunque la idea de pedir por anticipado la eutanasia para cuando se llegara a un estado avanzado de demencia parecía adecuada en teoría, no funcionó en la práctica. Para el caso de las personas de edad avanzada, la revisión iría en el sentido de ver si los límites actuales pueden extenderse. De hecho, esto ha sucedido desde que se despenalizó la eutanasia en 1984. La principal causa por la que los pacientes la solicitaban era por padecer un sufrimiento físico, pero se reconoció que también podía ser psicológico o emocional, siempre y cuando estuviera causado por una enfermedad o condición médica. Después de todo, esta es la razón de que sean médicos los que aplican la eutanasia. Como médicos, mantienen una relación profesional con sus pacientes, son responsables de su atención y pueden valorar su sufrimiento. Por lo mismo, no queda tan claro que los médicos ayuden a personas que desean morir por razones que no provienen de una enfermedad o condición médica. Sin embargo, el caso de los ancianos que prefieren morir antes de avanzar hacia una condición de deterioro podría llegar a quedar incluido dentro de los límites de la ley que permite la eutanasia, porque muchas de las condiciones que presentan debidas a su vejez pueden ser diagnosticadas médicamente. Como señala la Real Asociación Médica Neerlandesa (KNMG), a medida que la gente envejece, sufre una serie de problemas físicos que se van acumulando y empeorando: pérdida de la vista, del oído, fatiga, dificultad para caminar, incontinencia, entre muchos otros. Además de otro tipo de pérdidas: de habilidades, de actividades placenteras, de recursos financieros, de la pareja o los amigos que fallecen, por mencionar algunas. Todos estos son factores que al sumarse pueden causar un sufrimiento intolerable.¹⁰

El papel de los médicos

En la discusión sobre la conveniencia de legalizar la muerte médicamente asistida, sobre todo por parte de quienes argumentan que debe permitirse, es común defender, casi exclusivamente, el derecho de los pacientes a decidir su muerte. Sin duda, éste es el punto de partida, pero el elemento controvertido no es ese, sino que se pida a otro, a un médico, que participe en una acción que consiste en causar o ayudar a causar una muerte. Desde luego, hay razones de peso para que un médico esté dispuesto a dar esa ayuda tan especial, pero entre los médicos las opiniones se dividen: hay quienes sienten que ayudar a morir en ciertas condiciones puede ser un deber moral y quienes creen que un médico nunca debería dar esa ayuda.

Lo cierto es que, según encuestas en diferentes países, mientras hay un apoyo mayoritario de la población para permitir la muerte médicamente asistida, la mayor parte de los médicos se oponen y, sobre todo, la mayoría de las asociaciones médicas.⁴

Hay que reconocer que se entiende la oposición de los médicos porque se da por hecho que a ellos les corresponde aplicar la eutanasia o ayudar a un paciente a suicidarse. ¿Por qué ellos, que eligieron su profesión para luchar por la vida? La respuesta es que en el acuerdo de la sociedad de que en ciertas condiciones muy especiales se debe permitir ayudar a morir, el consenso es que esta ayuda se dé a pacientes que están sufriendo por su enfermedad y no a cualquier persona que por diferentes razones desea terminar con su vida. Por tanto, los más indicados para ayudar a morir son los médicos, no sólo porque tienen acceso y conocimiento para usar los medicamentos que causan una buena muerte, sino porque la decisión de un paciente de adelantar su final se da en el contexto de la relación médico-paciente cuando su médico no puede ofrecerle nada más para evitar su sufrimiento.

No está de más, sin embargo, profundizar en esta controversia. Analizar, por un lado, lo que justifica y lo que implica que sean médicos quienes ayuden a morir y, por otro, si se justificaria y qué implicaría decidir que no sean médicos quienes lo hagan.

Conclusión

Para concluir, quiero compartir una reflexión. Dentro de algunos años, ¿50?, ¿100?, las personas que volteen a ver cómo se muere en las primeras décadas del siglo XXI verán con extrañeza que un paciente que se daba cuenta que no había marcha atrás en su enfermedad, que sabía que lo que seguía sólo significaba más sufrimiento, que quería hacer uso de su libertad para decidir el momento y la forma de su muerte no contara (más que en unos escasos lugares) con la única ayuda que quería para morir acompañado y sin dolor cuando lo decidiera.

Hay que reconocer que en este momento, en la mayoría de los países, sólo se respalda legalmente la voluntad de las personas que no quieren la eutanasia (o el suicidio asistido) para ellas. Al mismo tiempo, cuando se discute la conveniencia de legalizar estas acciones, muchas de estas personas reaccionan como si la legalización impli-

cara que ya no se va a respetar su voluntad porque ellas van a tener que pedir la eutanasia. Es evidente que no, pero esa suposición debería permitirles tener una idea de lo que implica la situación actual para las personas que no pueden contar con la opción que sí quieren. Lo mismo puede decirse de los médicos. Actualmente hay médicos que no están dispuestos a ayudar a un paciente a morir, pero también hay médicos que están dispuestos a hacerlo.

Las razones por las que las personas mantienen una u otra posición ética con relación a la eutanasia no deben estar en discusión porque son tan válidas unas como otras. Lo que no es válido es querer imponer a otros las convicciones personales o impedirles que actúen de acuerdo con las suyas. Las sociedades necesitan políticas que garanticen el respeto a la voluntad de todos los ciudadanos.

El siguiente paso puede ser más difícil: pasar de reconocer que la muerte médicamente asistida debe ser una opción legal para quien la quiera a establecer y definir con mucha claridad bajo qué condiciones se puede permitir. ¿Qué pacientes pueden recibir esa ayuda?, ¿en qué momento?, ¿qué criterios se deben reunir?, ¿quién debe proporcionar la ayuda?, ¿cuál será el mejor método de control para que no se abuse de la práctica?, por mencionar algunas preguntas. Tenemos la experiencia de algunos lugares, que es invaluable, pero corresponde a cada país encontrar sus respuestas. Reconocer que se trata de una tarea muy compleja debería ser un incentivo para no postergarla más.

Referencias

1. Álvarez del Río A. Práctica y ética de la eutanasia. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica; 2005.
2. Hurst SA, Maunon A. Assisted suicide and euthanasia: allowing a role for non-physicians. *BMJ*. 2003; 326: 271-273.
3. Angell M. May Doctors Help You to Die? *The New York Review of Books*. October 11, 2012.
4. Schüklenk U, van Delden JMM, Downie J, et al. End-of-life decision-making in Canada: the report by The Royal Society of Canada expert panel on end-of-life decision-making. *Bioethics*. 2011; 25: 1-73.
5. Foro Consultivo de Ciencia y Tecnología, Colegio de Bioética, A.C. Eutanasia: hacia una muerte digna... México, D.F.: Foro Consultivo de Ciencia y Tecnología, Colegio de Bioética; 2008.
6. Goy ER, Jackson A, Harvath T, et al. Oregon hospice nurses and social workers' assessment of physician progress in palliative care over the past 5 years. *Palliat Support Care*. 2003; 1: 215-219.
7. European Association for Palliative Care. Palliative care development in countries with a euthanasia law. [Internet]. Disponible en: <http://www.commissiononassisteddying.co.uk/wp-content/uploads/2011/10/EAPC-Briefing-Paper-Palliative-Care-in-Countries-with-a-Euthanasia-Law.pdf>
8. Rietjens JAC, et al. Terminal Sedation and Euthanasia. A Comparison of Clinical Practices. *Arch Intern Med*. 2006; 166: 749-753.
9. Battin M. Terminal Sedation: Pulling the Sheet over Our Eyes. *Hastings Center Report*. 2008; 38: 27-30.
10. Youngner S, Kimsa GK. Physician-assisted death in perspective. Assessing the Dutch experience. New York, USA: Cambridge University Press; 2012.

SEDACIÓN PALIATIVA

INTRODUCCIÓN

La sedación paliativa es una práctica médica destinada a aliviar el sufrimiento de pacientes terminales mediante el uso controlado de medicamentos sedantes. Su objetivo primordial es proporcionar confort y bienestar en las etapas finales de la enfermedad, cuando otros métodos de manejo de síntomas resultan insuficientes. Este enfoque no busca acortar la vida del paciente, sino más bien mejorar su calidad de vida al reducir o eliminar el malestar físico o emocional que pueda experimentar. La sedación paliativa se fundamenta en principios éticos y médicos que buscan mantener la dignidad y respetar la autonomía del paciente hasta el final de su vida, convirtiéndola en una herramienta crucial dentro de los cuidados paliativos modernos.

Es importante destacar que la sedación paliativa no tiene como objetivo acortar la vida del paciente, sino proporcionar un confort máximo y mantener la calidad de vida en las etapas finales de la enfermedad. Esta práctica se lleva a cabo de manera cuidadosa y ética, respetando siempre la autonomía del paciente y su derecho a recibir una atención médica que le permita vivir con dignidad hasta el final. La sedación paliativa se diferencia de la eutanasia y el suicidio asistido, ya que en estos últimos casos el objetivo es poner fin a la vida del paciente de manera activa y voluntaria. En cambio, la sedación paliativa busca aliviar el sufrimiento sin interferir con el curso natural de la enfermedad ni precipitar la muerte.

SEDACIÓN PALIATIVA

Es la disminución deliberada del nivel de consciencia del enfermo, una vez obtenido el oportuno consentimiento, mediante la administración de los fármacos indicados y a las dosis adecuadas, con el objetivo de evitar un sufrimiento insoportable causado por uno o más síntomas refractarios.

Aunque no en todas las definiciones de consenso actual se recoge el término de proporcionalidad, sí es ampliamente repetido en las últimas directrices que la disminución de conciencia deberá ser solo en grado suficiente para conseguir el alivio deseado y nunca más allá de lo estrictamente necesarios.

No existe evidencia de que la administración de sedación proporcional acorte la vida, ya que varios estudios retrospectivos no mostraron diferencias en la supervivencia entre los pacientes sedados y no sedados en las últimas semanas de vida.

TIPOS DE SEDACIÓN

- La sedación paliativa puede ser, según su temporalidad:

Sedación continua: sin períodos de descanso.

Sedación intermitente: permite períodos de alerta. Indicada para ciertos procedimientos, como curas complejas o movilizaciones complicadas, y especialmente indicada para casos de sufrimiento existencial refractario.

- Según su intensidad:

Sedación profunda: no permite la comunicación con el paciente.

Sedación superficial: permite la comunicación del paciente continua o intermitente y su profundidad se gradúa para alcanzar el nivel de sedación que logre el alivio de los síntomas.

INDICACIÓN DE LA SEDACIÓN PALIATIVA. REQUISITOS

- Para que la sedación sea considerada ética y legalmente lícita debe reunir una serie de condiciones:
- Se plantea ante un síntoma refractario, no ante un síntoma de difícil control. El paciente debe padecer una enfermedad avanzada en fase terminal.
- No hay posibilidades razonables de otro tratamiento para controlar el síntoma: Por adecuación del esfuerzo terapéutico determinada por el médico.
- 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.
- Dejar constancia en la historia clínica: etiología del síntoma, tratamientos instaurados y resistencia a estos.

Evaluación interdisciplinar.

Intención de aliviar el sufrimiento: utilización de dosis adecuadas y proporcionadas al síntoma que queremos aliviar (dosis mínima eficaz), ajuste de la dosis al nivel de conciencia, reversibilidad y uso de fármacos de rápida metabolización y vida media.

EL CONSENTIMIENTO EN LA SEDACIÓN PALIATIVA

Consentimiento informado: la Ley 41/2002 de 14 de noviembre lo define en su artículo 3 como: la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud. La autonomía es un derecho de los enfermos que el médico debe respetar. Evitar el paternalismo tradicional no debe conducir al abandono del paciente en la toma de decisiones, que ha de realizarse en el contexto de una relación clínica cooperativa. No debemos olvidar que el derecho del enfermo a recibir información clara y comprensible de su situación tiene excepciones.

PROCEDIMIENTO PARA LA SEDACIÓN

Los fármacos de elección en la sedación paliativa son:

- Benzodiacepinas (midazolam).
- Neurolépticos sedativos (clorpromazina o levomepromazina).
- Anticonvulsivantes (fenobarbital).
- Anestésicos (propofol).

Utilizaremos como guía la escala de sedación:

Primer escalón: midazolam, en general como primera opción. Aunque en el caso del paciente con delirium refractario, el fármaco de elección será la levomepromazina. La clorpromazina también es una primera opción válida.

El segundo escalón: combinación de midazolam con levomepromazina o clorpromazina intravenosa. El tercer escalón: se pautará fenobarbital si el paciente está en su domicilio o propofol si permanece en el hospital.

EVALUACIÓN DE LA SEDACIÓN

Consiste en observar y anotar la profundidad de la sedación utilizando una escala adecuada. Generalmente, se usa la escala de Ramsay, que permite evaluar el nivel de sedación que se quiere lograr (a partir del nivel 4, el paciente está dormido). En general, en la sedación paliativa, el objetivo clínico es mantener al paciente entre los niveles 5 y 6 de la escala de Ramsay.

Observaremos:

El grado de confort del paciente (el objetivo de la sedación es que el paciente esté tranquilo y asintomático, no necesariamente profundamente dormido).

La frecuencia respiratoria, para alertarnos en caso de que exista una depresión del centro respiratorio.

La reacción y estado emocional de la familia. Proporcionar siempre: presencia, comprensión, privacidad y disponibilidad.

CONCLUSIÓN

En conclusión, la sedación paliativa representa una herramienta valiosa en la práctica médica moderna, proporcionando consuelo y alivio en situaciones donde el sufrimiento es extremo y difícil de manejar con otros medios. Su aplicación adecuada y ética contribuye significativamente a mejorar la calidad de vida al final de la misma, ofreciendo confort tanto físico como psicológico a los pacientes y a sus seres queridos.

Sedación paliativa

Clementina Acedo Claro^a y Bárbara Rodríguez Martín^b

^aUnidad de Cuidados Paliativos. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo (España).

^bEquipo de Soporte de Cuidados Paliativos. Hospital San Agustín de Linares. Jaén (España).

Correspondencia

Bárbara Rodríguez Martín. Hospital San Agustín de Linares. Avda. San Cristóbal, s/n. 23700 Linares. Jaén (España).

Correo electrónico

barbara_rodriguez_martin@hotmail.com

Recibido el 22 de julio de 2020.

Aceptado para su publicación el 20 de octubre 2020.

«El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Cuando ya no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aun cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida» (Código de deontología médica, 2011).

RESUMEN

Muchos enfermos, al final de su vida, padecen un sufrimiento intenso en el contexto de síntomas refractarios (aquellos que no pueden ser adecuadamente controlados con los tratamientos disponibles, aplicados por médicos expertos). La sedación paliativa es la disminución deliberada del nivel de consciencia del enfermo, con el objetivo de evitar un sufrimiento insoportable causado por uno o más síntomas refractarios. Debe cumplir una serie de requisitos para ser considerada una práctica ética y lícita, como son: la intención de aliviar el sufrimiento, una valoración correcta del sufrimiento y síntomas que lo provocan, la obtención del consentimiento informado y el uso de los fármacos indicados y a las dosis adecuadas. Puede realizarse bien en ámbito hospitalario, bien en domicilio, según preferencias del enfermo, siendo en este último caso la vía subcutánea la de elección. El fármaco de primera línea es el midazolam, tanto intravenoso como subcutáneo, y en el caso de que el síntoma principal sea el delirium utilizaremos la levomepromacina. La sedación puede plantearse de forma intermitente o continua. Es imprescindible una monitorización del enfermo sedado, tanto del nivel de sedación adquirido como de signos o síntomas de sufrimiento, y un acompañamiento de la familia.

Palabras clave: sedación paliativa, cuidados paliativos, hipnóticos y sedantes.

PALLIATIVE SEDATION

ABSTRACT

Many patients who are nearing the end-of-life suffer from intense anguish in terms of refractory symptoms, those that cannot be adequately controlled with the available treatments provided by expert doctors. Palliative sedation is the deliberate lowering of the patient's depth of consciousness to avoid unbearable anguish caused by one or more refractory symptoms. It must meet multiple requirements to be considered an ethical and legal practice, such as the intent to relieve anguish, proper evaluation of the agony and the symptoms that cause it, the obtaining of informed consent and the use of the indicated drugs at the appropriate dose. Depending on the patient's preferences, this can be performed either in an inpatient environment or at home, where the subcutaneous route is the method of choice. The first-line drug is midazolam, administered both intravenously and subcutaneously. If the patient experiences delirium as the primary symptom, levomepromazine will be administered. Sedation may be considered intermittently or continuously. It is essential to monitor the patient under sedation, both the depth of sedation acquired and the signs or symptoms of anguish, and to support the family.

Keywords: Hypnotics and Sedatives, Palliative Care, Palliative Sedation.



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

INTRODUCCIÓN

En nuestra sociedad hay una demanda creciente de una atención sanitaria de calidad, que posibilite a los pacientes una vida y una muerte dignas y les evite el sufrimiento innecesario. Muchos enfermos al final de su vida padecen un sufrimiento intenso. Los profesionales sanitarios logran generalmente evitar o atenuar gran parte de este sufrimiento, pero hay situaciones en las que, a pesar de la correcta actuación de los profesionales, el sufrimiento del paciente persiste con una intensidad difícilmente soportable para quien lo padece. Para el alivio de este sufrimiento, hay una práctica médica eficaz: la sedación al final de la vida o sedación en la agonía, que persigue el alivio del sufrimiento del enfermo, mediante una reducción proporcionada de su nivel de conciencia, que se mantiene hasta que llega la muerte.

SEDACIÓN PALIATIVA. CONCEPTO

Es la disminución deliberada del nivel de conciencia del enfermo, una vez obtenido el oportuno consentimiento, mediante la administración de los fármacos indicados y a las dosis adecuadas, con el objetivo de evitar un sufrimiento insoportable causado por uno o más síntomas refractarios¹.

Aunque no en todas las definiciones de consenso actual se recoge el término de proporcionalidad, sí es ampliamente repetido en las últimas directrices que la disminución de conciencia deberá ser solo en grado suficiente para conseguir el alivio deseado y nunca más allá de lo estrictamente necesario².

No existe evidencia de que la administración de sedación proporcional acorte la vida, ya que varios estudios retrospectivos no mostraron diferencias en la supervivencia entre los pacientes sedados y no sedados en las últimas semanas de vida^{3,4}.

Síntoma refractario es aquel que no puede ser controlado de forma adecuada con los tratamientos habitualmente disponibles, aplicados por médicos expertos, en un plazo de tiempo razonable.

Se debe considerar y distinguir entre síntomas refractarios y difíciles, ya que algunos síntomas que pueden parecer refractarios, en manos de un equipo experimentado, se tornan en difíciles y susceptibles de responder a un tratamiento que no comprometa la conciencia del paciente.

TIPOS DE SEDACIÓN

La sedación paliativa puede ser, según su temporalidad⁵:

- Sedación continua: sin períodos de descanso.
- Sedación intermitente: permite períodos de alerta. Indicada para ciertos procedimientos, como curas complejas o movilizaciones complicadas, y especialmente indicada para casos de sufrimiento existencial refractario.

Según su intensidad²:

- Sedación profunda: no permite la comunicación con el paciente.
- Sedación superficial: permite la comunicación del paciente continua o intermitente y su profundidad se gradúa para alcanzar el nivel de sedación que logre el alivio de los síntomas.

De forma específica, podemos hablar de **sedación paliativa en la agonía**¹, que es la sedación paliativa que se utiliza cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida para aliviar un sufrimiento físico o psicológico que no ha respondido a otras medidas.

INDICACIÓN DE LA SEDACIÓN PALIATIVA. REQUISITOS

Para que la sedación sea considerada ética y legalmente lícita debe reunir una serie de condiciones²:

1. Se plantea ante un síntoma refractario, no ante un síntoma de difícil control.
 - El paciente debe padecer una enfermedad avanzada en fase terminal.
 - No hay posibilidades razonables de otro tratamiento para controlar el síntoma:
 - Por adecuación del esfuerzo terapéutico determinada por el médico.
 - Por rechazo al tratamiento decidido por el paciente, su tutor o familiar de referencia o en instrucciones previas.
 - Por encontrarse el paciente en situación de agonía.
 - Por falta de disponibilidad de otros tratamientos.
 - 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.
2. Dejar constancia en la historia clínica: etiología del síntoma, tratamientos instaurados y resistencia a estos.
3. Evaluación interdisciplinar.
4. Intención de aliviar el sufrimiento: utilización de dosis adecuadas y proporcionadas al síntoma que queremos aliviar (dosis mínima eficaz), ajuste de la dosis al nivel de conciencia, reversibilidad y uso de fármacos de rápida metabolización y vida media.

En la **tabla 1** se comparan los aspectos éticos de la sedación paliativa con la eutanasia.

5. Se debe obtener siempre el consentimiento informado del paciente. Este aspecto se desarrollará en el siguiente punto dada su relevancia.

Tabla 1. Comparación de aspectos éticos de la sedación paliativa y de la eutanasia

	SEDACIÓN PALIATIVA	EUTANASIA
INTENCIONALIDAD	Aliviar el sufrimiento refractario	Provocar la muerte para liberar del sufrimiento
PROCESO	Prescripción de fármacos de forma proporcionada	Prescripción de fármacos a dosis letales que garanticen una muerte rápida
RESULTADO	Alivio del sufrimiento	Muerte

EL CONSENTIMIENTO EN LA SEDACIÓN PALIATIVA

Tomando como referencia 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, se resaltarán que todo paciente tiene derecho a conocer información clara y entendible sobre su proceso de enfermedad y sobre los tratamientos propuestos. También tiene derecho a no ser informado si así lo desea⁶.

Consentimiento informado: la Ley 41/2002 de 14 de noviembre lo define en su artículo 3 como «la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud». La autonomía es un derecho de los enfermos que el médico debe respetar. Evitar el paternalismo tradicional no debe conducir al abandono del paciente en la toma de decisiones, que ha de realizarse en el contexto de una relación clínica cooperativa. No debemos olvidar que el derecho del enfermo a recibir información clara y comprensible de su situación tiene excepciones, como, por ejemplo, cuando el enfermo renuncia al derecho a ser informado o cuando el médico, dadas las circunstancias personales del paciente, considera que le puede hacer más daño que beneficio. No tener en cuenta estos aspectos puede conducir a la «obstinación informativa» altamente indeseable por el daño que puede ocasionar⁵.

En las situaciones al final de la vida, no se recomienda, sin embargo, la firma de ningún documento de consentimiento a la sedación paliativa, aunque es preceptivo que el proceso de toma de decisiones figure con el máximo detalle en la historia clínica del paciente.

El consentimiento es el procedimiento médico formal cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente. Debe reunir los siguientes requisitos:

- **Voluntariedad:** los sujetos deben decidir libremente someterse a un tratamiento o someterse a un estudio sin que haya persuasión ni manipulación. El carácter voluntario del consentimiento es vulnerado cuando es solicitado por personas en posición de autoridad o no se ofrece un tiempo suficiente al paciente para reflexionar, consultar o decidir.
- **Información:** debe ser comprensible e incluir el objetivo del tratamiento o del estudio, su procedimiento, los beneficios y riesgos potenciales y la posibilidad de rechazar el tratamiento o estudio una vez iniciado en cualquier momento, sin que ello le pueda perjudicar en otros tratamientos.
- **Comprensión:** es la capacidad de entender o comprender la información que recibe el paciente.

Típos de consentimiento:

- **Consentimiento explícito:** otorgado por el paciente. Esta decisión, por su trascendencia, necesita un máximo de garantías de que responde a la voluntad y al mundo de los valores del paciente.
- **Consentimiento implícito:** solo aplicable de forma excepcional y si se ha estimado que el riesgo de shock emocional para el paciente supera las ventajas. No debe estar basado en las

suposiciones del personal sanitario, considerando al paciente como un niño incapaz de tomar decisiones importantes.

En el ámbito de la sedación paliativa, pueden identificarse tres situaciones diferentes:

- Una situación crítica que hay que resolver con urgencia, con gran compromiso vital (asfixia, hemorragia): en este caso procede actuar cuanto antes. Si se estima conveniente se puede ofrecer al paciente una información básica y sencilla intentando no aumentar la angustia generada por la propia situación clínica, valorando si es posible la obtención del mismo o utilizando el consentimiento implícito.
- La presencia de uno o varios síntomas refractarios que van consolidándose con el paso del tiempo. En este caso, lo correcto es hacer una planificación anticipada de los cuidados, proponiendo con mucha delicadeza la sedación como una de las opciones si fallan las demás. Puede obtenerse así un consentimiento, explícito al menos verbalmente, y dejar anotado dicho consentimiento en la historia clínica.
- Cualquiera de las situaciones descritas en los dos puntos anteriores en un paciente que no tiene capacidad para decidir por hallarse incapacitado legalmente o por tener alterada su capacidad de juicio. Se explica la situación al familiar de referencia y se obtiene su consentimiento.

PROCEDIMIENTO PARA LA SEDACIÓN

Los fármacos de elección en la sedación paliativa son^{2,5}:

- Benzodiazepinas (midazolam).
- Neurolepticos sedativos (clorpromazina o levomepromazina).
- Anticonvulsivantes (fenobarbital).
- Anestésicos (propofol).

Utilizaremos como guía la escala de sedación (**figura 1**):

- **Primer escalón:** midazolam, en general como primera opción. Aunque en el caso del paciente con delirium refractario, el fármaco de elección será la levomepromazina. La clorpromazina también es una primera opción válida.
- **El segundo escalón:** combinación de midazolam con levomepromazina o clorpromazina intravenosa.
- **El tercer escalón:** se pautará fenobarbital si el paciente está en su domicilio o propofol si permanece en el hospital.

Figura 1. Escalera de sedación



SEDACIÓN CON MIDAZOLAM POR VÍA SUBCUTÁNEA

Es el método de elección en el domicilio. Se manejarán tres conceptos: dosis de inducción, dosis de rescate y dosis de infusión continua. En este último caso, utilizando bombas elastoméricas (infusores)^{2,7}.

La dosis de inducción es aquella con la que queremos conseguir el nivel de sedación adecuado. Se aconseja utilizar bolos de 2,5 a 5 mg/4 h, individualizando la dosis dentro de ese rango en función del estado de consciencia de partida y de la fragilidad del paciente. En el caso de pacientes que hayan desarrollado tolerancia a las benzodiazepinas por tratamientos previos, la dosis de inducción será 5-10 mg^{2,5,7}.

Si, tras la dosis de inducción, el paciente presenta agitación o mantiene el síntoma refractario, se administra una dosis de rescate extra igual a la dosis de inducción inicial. Puede repetirse la dosis de rescate tantas veces como se precise hasta alcanzar la sedación, siempre teniendo en cuenta que el inicio de la acción por vía subcutánea requiere de 10 a 15 min, y que la vida media del midazolam puede fluctuar entre 2 y 5 h.

Tras 24 h de inducción, se calcula la dosis de infusión continua, sumando todas las dosis (inducción + rescates) administradas en las últimas 24 h, obteniendo así la cantidad a cargar en un infusor de 24 h, o bien dividiendo esa cantidad total entre 24, obteniendo así los miligramos/hora a administrar mediante bomba de infusión continua^{2,5,7}.

Las dosis de rescate serán de aproximadamente 1/6 de la dosis total diaria, y se podrán seguir utilizando durante todo el procedimiento de la sedación^{2,5,7}.

Se aconseja proporcionar al cuidador principal las dosis de rescate cargadas en el domicilio, y entrenar a este para administrarlas. Para ello se puede utilizar jeringas de 10 cm³, cargando los miligramos de cada dosis de rescate por cada 1 cm³; de esta manera tendrán 10 rescates.

Ejemplo:

- Paciente que precisa dos bolos de 2,5 mg para alcanzar el nivel de sedación adecuado. Su dosis de inducción será 5 mg.
- Tras 24 h, además de 5 mg cada 4 h, ha precisado dos bolos extras de 2,5 mg. La dosis total de infusión continua será: (5 mg x 6) + 2,5 mg + 2,5 mg = 35 mg.
- La dosis de rescate, 1/6 de la dosis de infusión, serían 6 mg aproximadamente.

SEDACIÓN CON MIDAZOLAM POR VÍA ENDOVENOSA

De utilización en el ámbito hospitalario. En este caso la dosis de inducción se calcula administrando entre 1,5 y 3,5 mg en bolo lento, repitiendo la dosis cada 5 min hasta alcanzar el nivel de sedación mínimo con el que se logre el control del síntoma refractario. La suma de las dosis que han sido necesarias se denomina dosis de inducción. Dicha dosis de inducción, multiplicada por seis, será la dosis a administrar en infusión continua durante las siguientes

24 h. Las dosis de rescate serán las mismas que la dosis de inducción y se añadirán tantas veces como sean precisas.

Tras 24 h, se calculará el ritmo de la bomba de infusión endovenosa continua en miligramos/hora de la misma forma que se ha propuesto para la sedación subcutánea. Las dosis extras de rescate se pueden seguir utilizando durante todo el procedimiento de sedación.

SEDACIÓN CON LEVOMEPRMACINA POR VÍA SUBCUTÁNEA

Es el método de elección en domicilio si el síntoma principal es el delirium.

Si el paciente está bajo sedación previa con midazolam, debe reducirse la dosis de este fármaco un 50% en el momento de la inducción con levomepromacina^{2,5}, intentando rebajar la dosis de midazolam progresivamente en los días posteriores, según sea la respuesta clínica.

Se calcula la dosis de inducción de forma similar a la descrita para el midazolam, pero con dosis iniciales de 12,5-25 mg y utilizando mayor intervalo de tiempo (6-8 h), dado que la vida media de este fármaco es mayor (15-30 h).

La dosis diaria de infusión continua será la suma de las dosis administradas en las primeras 24 h, siendo por lo general esta dosis de aproximadamente 100 mg diarios (4 ampollas).

SEDACIÓN CON CLOPROMACINA POR VÍA ENDOVENOSA

De utilización en ámbito hospitalario.

Se calcula la dosis de inducción también de forma similar al midazolam, con dosis iniciales de 12,5-25 mg, utilizando intervalos de 6-8 h.

La dosis de mantenimiento suele ser de 12,5 a 50 mg cada 6-8 h, con una dosis techo de 300 mg diarios (12 ampollas).

Está contraindicada la administración de clorpromacina por vía subcutánea.

SEDACIÓN CON FENOBARBITAL POR VÍA SUBCUTÁNEA

De utilización en el ámbito domiciliario. Según la escalera de sedación, utilizaremos el fenobarbital en caso de fracaso con los escalones previos, midazolam o midazolam + levomepromacina.

Al iniciar la inducción con fenobarbital, hay que suspender el tratamiento con benzodiazepinas y neurolepticos^{2,5} y reducir el tratamiento opioide al menos a la mitad de la dosis.

La dosis inicial de inducción es de 100 mg y hay que esperar al menos 2 h a que alcance su concentración plasmática máxima. La dosis total suele ser de 600 mg en el primer día, en perfusión continua subcutánea, ajustando en los días sucesivos hasta alcanzar una sedación adecuada.

SEDACIÓN CON PROPOFOL POR VÍA ENDOVENOSA

Siempre se llevará a cabo en el ámbito hospitalario.

Se administrará sin diluir, en solución al 1% (10 mg/mL) y a través de una bomba de perfusión endovenosa. Generalmente, se comenzará con una dosis de 0,5-1 mg/kg/h intravenosa. Si es necesario, se incrementará 0,25-0,5 mg/kg/h cada 5-10 min hasta alcanzar el nivel de sedación adecuado. Al inducir la sedación, se retirarán las benzodiacepinas y los neurolépticos, así como se reducirá la dosis de opioide a la mitad².

Para incrementar el nivel de sedación más rápidamente, puede administrarse un bolo de dosis, incrementando el ritmo de infusión a 1 mg/kg/min durante 2-5 min.

La monitorización del paciente debe ser estrecha durante la primera hora de tratamiento, tanto en lo que respecta al alivio sintomático como del nivel de sedación. Posteriormente, lo recomendable sería continuar la monitorización a las 2, 6 y 12 h.

EVALUACIÓN DE LA SEDACIÓN

Consiste en observar y anotar la profundidad de la sedación utilizando una escala adecuada. Generalmente, se usa la escala de Ramsay (tabla 2), que permite evaluar el nivel de sedación que se quiere lograr (a partir del nivel 4, el paciente está dormido). En general, en la sedación paliativa, el objetivo clínico es mantener al paciente entre los niveles 5 y 6 de la escala de Ramsay. Observaremos:

- El grado de confort del paciente (el objetivo de la sedación es que el paciente esté tranquilo y asintomático, no necesariamente profundamente dormido).
- La frecuencia respiratoria, para alertarnos en caso de que exista una depresión del centro respiratorio.
- La reacción y estado emocional de la familia. Proporcionar siempre: presencia, comprensión, privacidad y disponibilidad.

Tabla 2. Escala de evaluación de la sedación de Ramsay

1	Ansioso, agitado, incontrolable
2	Ojos abiertos, colaborador, orientado, tranquilo
3	Ojos cerrados, responde a órdenes y a mínimos estímulos
4	Dormido, responde rápidamente a estímulos lumínicos o auditivos
5	Responde a estímulos importantes (aspiración traqueal)
6	No responde a estímulos

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- Enfermedad incurable avanzada: enfermedad de curso gradual y progresivo, sin respuesta a los tratamientos curativos disponibles, que evolucionará hacia la muerte a corto o medio plazo en un contexto de fragilidad y pérdida de autonomía progresivas. Se acompaña de síntomas múltiples y provoca un gran impacto emocional en el enfermo, sus familiares y en el propio equipo terapéutico^{1,6}.

- Enfermedad o situación terminal: enfermedad incurable, avanzada e irreversible, con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses⁶.
- Situación de agonía: la que precede a la muerte cuando esta 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 limitado a horas o días. Se recomienda identificar y registrar en la historia clínica los signos y síntomas propios de esta fase^{1,6}.
- Síntoma refractario: aquel que no puede ser adecuadamente controlado con los tratamientos disponibles, aplicados por médicos expertos, en un plazo de tiempo razonable (y en la fase agónica, breve). En estos casos, el alivio del sufrimiento del enfermo requiere la disminución de la conciencia^{1,5}.
- Síntoma difícil: se refiere 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, como instrumental o psicológico. A la hora de tomar decisiones terapéuticas que contemplan la sedación paliativa es esencial diferenciar el síntoma difícil del síntoma refractario^{2,5}.
- Cuidados paliativos: conjunto coordinado de intervenciones sanitarias dirigidas, desde un enfoque integral, a la promoción de la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, afrontando los problemas asociados con una enfermedad terminal mediante la prevención y el alivio del sufrimiento, así como la identificación, valoración y tratamiento del dolor, y otros síntomas físicos y psicosociales⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez Sancho M (coord.). Atención médica al final de la vida: conceptos y definiciones [Internet]. Madrid: Organización Médica Colegial; 2015. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/conceptos_definiciones_al_final_de_la_vida/files/assets/common/downloads/Atenci.pdf
2. Sánchez Correas MA, Cuervo Pinna MA (coords.). Guía clínica de sedación paliativa del PRCPEX (Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura) [Internet]. Mérida: Junta de Extremadura. Disponible en: <http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5Cguia-de-sedacion.pdf>
3. Maltoni M, Scarpi E, Rosati M, Derni S, Fabbri L, Martini F, et al. Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review. *J Clin Oncol*. 2012;30(12):1378-83.
4. Barathi B, Chandra PS. Palliative sedation in advanced cancer patients: does it shorten survival time? - A systematic review. *Indian J Palliat Care*. 2013;19(1):40-7.
5. Organización Médica Colegial (OMC). Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guía de sedación paliativa. *Cuad Bioet*. 2011;XXII(3):605-12.
6. 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. BOE, núm. 274 (15 de noviembre de 2002).
7. Cowan JD, Palmer T, Clemens L. Sedación paliativa. En: Walsh D, coord. *Medicina paliativa*. Barcelona: Elsevier España; 2010; p. 353-67.