

Materia:

Medicina paliativa

Nombre del trabajo:
sedación paliativa y eutanasia

Alumno:
José Manuel López Cruz

Grupo: "A"

Grado: "6"

Docente:
Dr. Agenor abarca espinosa

Comitán de Domínguez Chiapas a 17 de junio de 2024

Introducción.

Existen diversas enfermedades que causan sufrimiento en el paciente paliativo y para evitar este sufrimiento existe un método la cual consiste en administrar medicamentos sedantes que actúan disminuyendo el nivel de la conciencia para así aliviar el sufrimiento

Más adelante se explicará más definiciones, que cosas debemos tener en cuenta y todo lo que abarca la sedación paliativa

La sedación paliativa se define como la disminución deliberada de la conciencia del enfermo, mediante administración de los fármacos indicados y las dosis proporcionadas, con el objetivo de evitar un sufrimiento insoportable, causado por uno o más síntomas refractarios

La sedación debe seguir siempre el principio de proporcionalidad, siendo el objetivo alcanzar un nivel de sedación suficientemente profundo como para aliviar el sufrimiento.

la agonía es la sedación paliativa que se utiliza cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida para aliviar un sufrimiento intenso. En esta situación la sedación es continua y tan profunda como sea necesario para aliviar el sufrimiento.

La sedación intermitente es aquella que se pauta de forma transitoria con el objetivo de ser retirada en un plazo de tiempo

Consentimiento informado

Es la conformidad libre 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. es un derecho de los enfermos que el médico debe respetar.

La obligación del médico de dar al paciente una información clara y comprensible tiene dos excepciones: la voluntad del enfermo de no ser informado y la necesidad terapéutica

indicación de la Sedación Paliativa

La sedación se ha de considerar actualmente como un tratamiento médico indicado para aquellos enfermos con sufrimientos intolerables que no han respondido a los tratamientos adecuados.

No es aceptable la sedación ante síntomas difíciles de controlar, cuando éstos no han demostrado su condición de refractarios.

Las causas más frecuentes para la indicación de sedación son:

delirium, disnea, dolor, náuseas y vómitos, hemorragia masiva, ansiedad o pánico y sufrimiento existencial, siempre que no hayan respondido a los tratamientos indicados y aplicados correctamente durante un tiempo razonable.

En situación de agonía, situación de últimas horas días de vida, la indicación de sedación puede ser la simple percepción de sufrimiento del paciente, si ésta persiste con una dosis adecuada de opioide. No es aceptable en el contexto de agonía esperar un tiempo a que hagan efecto otros fármacos cuando existe sufrimiento

GUIA DE SEDACIÓN PALIATIVA

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL (OMC)
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS (SECPAL)

INTRODUCCIÓN

La Medicina Paliativa comenzó a desarrollarse en Reino Unido en la década de los sesenta y en España en los ochenta. Se trata, por lo tanto, de un área asistencial cuyo desarrollo científico es muy joven. A pesar de ello se han hecho avances importantes en todos los sentidos. Se han incrementado notablemente, sobre todo estos últimos años, el número de recursos específicos, la capacitación de profesionales y también la investigación. Se ha avanzado mucho en el control de los síntomas, aspecto clave en Medicina Paliativa y han aparecido nuevos fármacos, sobre todo analgésicos, que facilitan mucho el alivio del dolor al final de la vida. Sin embargo todavía hay algunos enfermos que, a pesar de todo, tienen en algún momento de la evolución de su enfermedad (oncológica o no), uno o más síntomas refractarios al tratamiento que le provocan un sufrimiento insoportable¹.

La necesidad de disminuir la conciencia de un enfermo en las horas anteriores de su muerte ha sido y es objeto de controversia, en sus aspectos clínicos, éticos, legales y religiosos. Además, quienes no conocen las indicaciones y la técnica de la sedación o carecen de experiencia en medicina paliativa, pueden confundirla con una forma encubierta de eutanasia.

La mejor manera de afrontar los casos de petición de eutanasia y su aceptación social, es la correcta formación de los médicos y el desarrollo de los cuidados paliativos, de forma que ningún enfermo sufra innecesariamente al final de la vida.

Por ese motivo, la OMC y la SECPAL han elaborado este documento que puede servir de guía para la buena praxis y para la correcta aplicación de la sedación paliativa.

DEFINICIÓN

La **sedación paliativa** es la disminución deliberada del nivel de conciencia del enfermo mediante la administración de los fármacos apropiados con el objetivo de evitar un sufrimiento intenso causado por uno o más síntomas refractarios.

Puede ser continua o intermitente y su profundidad se gradúa buscando la el nivel de sedación mínimo que logre el alivio sintomático.

¹ La necesidad de sedación paliativa se puede estimar en torno al 20% de los pacientes atendidos por unidades de cuidados paliativos, aunque el rango en la bibliografía presenta amplias variaciones.

La **sedación paliativa en la agonía** es la sedación paliativa que se utiliza cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida para aliviar un sufrimiento intenso. En esta situación la sedación es continua y tan profunda como sea necesario para aliviar dicho sufrimiento.

GLOSARIO DE TÉRMINOS²

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 ocasionar.

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.

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.

Enfermedad o situación terminal

Enfermedad incurable, avanzada e irreversible, con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses.

² Organización Médica Colegial. Atención médica al final de la vida. Conceptos. 2009.
www.cgcom.org

Situación de agonía

La que precede a la muerte cuando ésta 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.

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.

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, instrumental y/o psicológico.

A la hora de tomar decisiones terapéuticas que contemplan la sedación paliativa es esencial diferenciar el síntoma *difícil* del síntoma *refractario*,

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 psicosociales.

INDICACIONES DE LA SEDACIÓN PALIATIVA

La sedación se ha de considerar actualmente como un tratamiento adecuado para aquellos enfermos que son presa de sufrimientos intolerables y no han respondido a los tratamientos adecuados.

La necesidad de sedar a un enfermo en fase terminal obliga al médico a evaluar los tratamientos que hasta entonces ha recibido el enfermo. No es aceptable la sedación ante síntomas difíciles de controlar, cuando éstos no han demostrado su condición de refractarios.

Las indicaciones más frecuentes de sedación son las situaciones extremas de delirium hiperactivo, náuseas/vómitos, disnea, dolor, hemorragia masiva y ansiedad o pánico, siempre que no hayan respondido a los tratamientos indicados y aplicados correctamente durante un tiempo razonable.

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, ni como “eutanasia lenta” o “eutanasia encubierta” (no autorizada por nuestro código profesional ni por las leyes actualmente vigentes).

Para evaluar, desde un contexto ético-profesional, si está justificada la indicación de la sedación, es preciso considerar los siguientes criterios:

1. La aplicación de *sedación paliativa* exige del médico, la comprobación cierta y consolidada de las siguientes circunstancias:
 - a. Que existe un sufrimiento intenso causado por síntomas refractarios.
 - b. Que el enfermo o, en su defecto la familia, ha otorgado el adecuado consentimiento informado de la sedación paliativa.³
 - c. Que el enfermo ha tenido oportunidad de satisfacer sus necesidades familiares, sociales y espirituales.

2. En el caso de la *sedación en la agonía* se requiere, además, que los datos clínicos indiquen una situación de muerte inminente o muy próxima.

Si tuviera dudas de la citada indicación, el médico responsable deberá solicitar el parecer de un colega experimentado en el control de síntomas. Además el médico dejará constancia razonada de esa conclusión en la historia clínica, especificando la naturaleza e intensidad de los síntomas y las medidas que empleó para aliviarlos (fármacos, dosis y recursos materiales y humanos utilizados) e informará de sus decisiones a los otros miembros del equipo asistencial.

Como en cualquier otro tratamiento se debe realizar una evaluación continua del nivel de sedación en el que se encuentra y necesita el enfermo. Se recomienda para este fin la escala de Ramsay (Tabla I). En la historia clínica y en las hojas de evolución deberán registrarse con el detalle necesario los datos relativos al ajuste de las dosis de los fármacos utilizados, a la evolución clínica de la sedación en la agonía y a los cuidados básicos administrados.

³ Ley 41/2002, de Autonomía del Paciente. Art.9.3a

Introducción

Eutanasia es el acto o procedimiento, por parte de un médico para producir la muerte de un paciente, sin dolor, y a petición de éste, para terminar con su sufrimiento

Esta definición excluye muchas acciones con las que, equivocadamente, se confunde la eutanasia.

Resulta inexacto llamar así una acción que provoca la muerte si la persona que la realiza no es un médico, si la persona que muere no padece una enfermedad o una condición médica que le cause un sufrimiento intolerable, si la acción que causa la muerte va acompañada de dolor, y, sobre todo, si la muerte no se produce en respuesta a la solicitud de quien fallece.

Es importante mencionar que la eutanasia es una acción excepcional que se considera una vez que se han agotado todas las formas posibles de ayuda para evitar el sufrimiento del enfermo

Desarrollo

Suicidio médicamente asistido

Es la ayuda que da un médico a un paciente que quiere terminar su vida -se entiende que sin dolor y para poner fin a su sufrimiento, igual que sucede en la eutanasia

En el suicidio médicamente asistido el médico se limita a proporcionar los medios al paciente como es la prescripción de una dosis letal de medicamentos para que el enfermo los use por sí mismo. De esta forma, la última acción que causa la muerte la realiza la misma persona que muere.

Acción de terminación de la vida sin solicitud expresa del paciente.

Es la acción con la cual un médico pone fin a la vida de un paciente cuando se considera que la muerte es la mejor solución para resolver su situación, aun cuando éste no pueda expresar su voluntad. Se realiza en diferentes tipos de pacientes: neonatos con graves enfermedades y discapacidades al nacer y pacientes que en algún momento expresaron su deseo de que se les aplicara la eutanasia y en las etapas finales de su enfermedad ya no pueden comunicarse por las condiciones médicas que presentan, por ejemplo, sangrado y asfixia o neumonía y septicemia

Esta acción resulta muy controvertida ya que falta el principal elemento por el cual se ha considerado la eutanasia una práctica éticamente aceptable: la autonomía de la persona para decidir el final de su vida.

La cuestión es que, por diferentes causas, en la práctica médica se dan situaciones en que una persona está incapacitada para expresar su voluntad, pero existen elementos para saber o suponer que, si pudiera expresarla, pediría la terminación de su vida. El caso de los bebés es aún más especial porque éstos no pueden expresar su voluntad y son los padres quienes toman las decisiones por ellos. El punto para discutir es si, en todas esas situaciones es preferible actuar y acelerar la muerte del paciente o no actuar en ese sentido

La eutanasia

Una de las discusiones más intensas de las últimas décadas relacionadas con el fin de la vida es la que aborda la cuestión de la eutanasia y todas sus variantes. Las actitudes médicas frente al enfermo pueden ser de diferentes tipos. La eutanasia es entendida como la intervención de la medicina por acción u omisión con el objeto de suprimir la vida en forma prematura. Es distinta al suicidio asistido que responde a una petición del paciente. La eutanasia se basa en una decisión médica cuyo móvil es la piedad, aunque para muchos es una atribución exagerada de la libertad médica. Por ejemplo, cuando se administran fármacos en exceso para aliviar el dolor, siempre será una incógnita si el acto médico que produjo el deceso fue con intención o por “doble efecto”, quitar el dolor al mismo tiempo que se acelera el tramo hacia la muerte. Otro concepto que vale la pena aclarar es el de la distanacia, según la cual hay una exageración del valor de la vida e impide una muerte digna por el denominado encarnizamiento terapéutico. En la eutanasia predomina el deseo caritativo y en el otro extremo (distanacia) se sobrevalora la ciencia o los dogmas médicos para combatir la muerte con todo lo que esté al alcance y a pesar de todo. La ortotanacia pretende mantener el equilibrio entre ambas posiciones: ni matar ni impedir morir. Esta acción es regulada técnicamente e implica una relación consensuada entre la familia y el equipo profesional. En la ortotanacia se antepone la dignidad del paciente y sus deseos, y se diluye la responsabilidad directa del médico. Desde el punto de vista de Cibeiraⁱ, la eutanasia, el suicidio asistido y la distanacia incrementan el poder del médico cuando en realidad la ciencia, ante un pronóstico inexorable, adquiere connotaciones sociales en donde debe de intervenir en forma directa la familia, el comité de bioética y eventualmente la justicia.

La atención de la bioética contemporánea a los cuidados al final de la vida, tuvo su ímpetu inicial en la Suprema Corte de Nueva Jersey en 1976 con la decisión del caso de Karen Ann Quinlan. Después de una sobredosis de alcohol y droga entró en coma y se mantuvo con respirador y alimentos paraenterales (estado vegetativo). Permaneció en posición fetal durante nueve años llegando a pesar 34 kilos. La petición de los padres después de una larga lucha legal fue concedida el 11 de junio de 1985 cuando Karen tenía 31 años de edadⁱⁱ. La corte se basó en el principio al respeto de la elección autónoma sustentando su veredicto en la Primera, Cuarta y

Quinta Enmiendas de la Declaración de Derechos Civiles que se refieren al derecho de privacidad. El veredicto no le dio peso a los deseos de los padres de Karen o a sus médicos, la única persona con algún derecho legal a demandar era la misma Sra. Quinlan. Pero ella no estaba capacitada para proceder con la demanda ni había dejado directrices anticipadas previas al incidente. Al aplicar el ideal de la autonomía, la corte le dio la vuelta al problema central, al argumentar que si ella fuera competente tendría la opción de que le retiraran los aparatos, y no tenía porque perder ese derecho sólo por su incompetencia, y que su padre podía ejercer este derecho por ella, siempre y cuando actuara sobre lo que él creía que eran los deseos de su hija y por sus propios intereses. Desde este momento, el marco de la autonomía para conceptualizar las decisiones relacionadas con el final de la vida ha estado presente.

La reglamentación legal de la eutanasia activa (en forma de suicidio asistido o de la determinación de los médicos de terminar con la vida de un paciente por compasión) en los Países Bajos ha desatado profundos debates sobre las modalidades que puede adquirir el final de la vida. Como hemos visto, la eutanasia alude profundamente a la autoimagen y a la imagen del mundo del hombre, a la comprensión de la enfermedad y la muerteⁱⁱⁱ. La experiencia en Holanda ha sido interesante, a pesar de que la ley prohibía la eutanasia y el suicidio asistido, en la práctica, las autoridades en general no actuaban en contra de los médicos involucrados y en los pocos casos en que lo hacían las penas aplicadas eran muy leves. En un estudio realizado en 1995 se encontró que de 9700 solicitudes anuales de eutanasia activa voluntaria se llevaron a cabo 3200, y en ese mismo lapso se realizaron 400 suicidios asistidos voluntarios y 900 casos de eutanasia no solicitados. Además en cerca de 25000 casos, la muerte era acelerada debido a los tratamientos contra el dolor y otros problemas. En 27000 casos la muerte ocurrió debido a la suspensión o a la falta de iniciación del tratamiento, en total estos 58000 casos constituían el 43% de todas las muertes anuales en Holanda^{iv}. Con estas cifras la Real Sociedad Médica de Holanda en 1997 hizo una propuesta al gobierno para legalizar la eutanasia y el suicidio asistido en adultos mayores de 17 años, a lo que los Ministerios de Justicia y Salud, Bienestar y Deportes respondieron ese mismo año estableciendo cinco comités regionales para evaluar retrospectivamente todos los casos comunicados de esos episodios, y empezaron a trabajar en diciembre de 1998. Cada comité estaba formado por un médico, un abogado y un experto en

ética, y su función específica era revisar todos los casos en los que la solicitud fue hecha por un enfermo competente. Los casos detectados fueron enviados a un comité que centralizó la información para realizar la evaluación de la eutanasia. En 1999 el gobierno introdujo la propuesta para legalizar el suicidio con ciertas condiciones, entre las que se incluyó que los comités permanecieran en funciones y que sus conclusiones fueran obligadas para las autoridades penales, o sea, que los médicos ya no serían sujetos de otra evaluación por parte de los fiscales locales. Con la legalización de la eutanasia en abril de 2001, esta dejó de ser considerada un crimen u homicidio desde el punto de vista legal, posibilitando a los médicos y a la sociedad su práctica en el marco de una reglamentación ética y jurídica rigurosa, secular y laica.

En 1998, en el Estado de Oregon (EEUU) se legalizó el suicidio asistido por médicos y al parecer otros Estados han considerado la discusión sobre el tema. La ley busca asegurarse de que la acción de quitarse la vida sea libremente elegida por individuos competentes en pleno uso de sus facultades y no como un acto de desesperación ante ciertas circunstancias adversas. La ley de Oregon incorporó procedimientos legales elaborados y fastidiosos para evaluar cada caso, pues lo que se busca no es si la decisión es sabia o no, sino que la elección realmente sea de la persona que lo solicita^v. En este sentido, la ley se fundamenta en el principio de la autonomía y responsabiliza claramente al paciente sobre su propia decisión.

El Acta de Muerte y Dignidad de Oregon especifica un elaborado procedimiento consistente con los más rigurosos estándares del voluntarismo. Entre los requisitos están dos solicitudes orales de fármacos letales con por lo menos quince días de diferencia, una solicitud escrita con dos testigos seguida de un período de quince días de espera, una evaluación de que el paciente es capaz de tomar decisiones sobre el cuidado de su salud y finalmente la oportunidad de que pueda rescindir la solicitud en el momento en que lo desee. Antes de prescribir los medicamentos letales el médico debe informar al enfermo terminal sobre las alternativas del suicidio (como los cuidados paliativos, etc.) y explícitamente darle al individuo en cuestión la oportunidad de desistir antes de cumplirse el período de quince días. Como podemos apreciar en este procedimiento, los otros están ausentes y la decisión se centra exclusivamente en la