

# **Sedación paliativa y Eutanasia**

**Materia: Medicina Paliativa**

**Grado: 6°**

**Grupo: "A"**

**Nombre del Alumno:  
Fátima del Rocío Salazar Gómez**

**Nombre del docente: Dr. Agenor Abarca  
Espinosa**

Comitán de Domínguez Chiapas a 17 de junio de 2024.

## **Sedación Paliativa**

La sedación paliativa es la disminución deliberada de la conciencia del enfermo, una vez obtenido el oportuno consentimiento mediante la administración de los fármacos indicados y a las dosis proporcionadas, con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible causado por uno o más síntomas refractarios.

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 sedación paliativa en la agonía 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.

### ***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

La necesidad de sedar a un paciente con enfermedad crónica en fase avanzada y en situación terminal obliga al médico a evaluar los tratamientos que hasta entonces ha recibido el enfermo.

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 haya respondido a los tratamientos indicados y aplicados correctamente durante un tiempo razonable.

La sedación paliativa no debe instaurarse para aliviar la pena de los familiares o la carga laboral y la angustia de las personas que atienden al paciente.

Con la sedación se pretende disminuir el nivel de conciencia, con la dosis mínima necesaria de fármacos, para evitar que el paciente perciba el síntoma refractario.

### ***Procedimiento***

La aplicación de sedación paliativa puede realizarse en el hospital o en el domicilio y exige del médico la comprobación cierta y consolidada de las siguientes circunstancias:

**Indicación:** Existencia de un sufrimiento intolerable causado por síntomas refractarios.

Obtención del **consentimiento** del paciente o de sus representantes según se establece en la normativa vigente. Es de gran importancia que la familia esté adecuadamente informada de este procedimiento asistencial y procurar que el paciente haya satisfecho en la medida de lo posible sus deseos y resuelto sus asuntos pendientes.

**Prescripción:** Empleo de fármacos adecuados y a las dosis proporcionadas a las necesidades del paciente.

**Evaluación** continuada supervisada por el médico responsable.

### ***Elección del fármaco***

Los fármacos de elección en la sedación paliativa son las benzodiazepinas (midazolam), los neurolépticos (levomepromazina o clorpromacina) y otros, como propofol o fenobarbital.

El midazolam es la primera opción, con la excepción de pacientes con delirium hiperactivo, en cuyo caso se podrá usar también como primera opción la levomepromacina.

Se recomienda el midazolam como dosis de inicio entre 0,5-1 mg/h y como dosis efectiva habitual 1-20 mg/h.

La levomepromacina se usa como primera opción en casos de delirio refractario, y como segunda opción cuando fracasa la sedación con midazolam.

La levomepromacina tiene una dosis techo de aproximadamente 300 mg diarios. La presentación es de ampollas de 25 mg en 1 ml.

Antes de iniciar la inducción con fenobarbital, hay que suspender el tratamiento con benzodiazepinas y neurolépticos, 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 horas a que alcance su concentración plasmática máxima. La dosis total suele ser de 600 mg en el primer día.

La sedación con propofol se recomienda comenzar con dosis entre 0,5-1 mg/Kg/h iv.

Si es necesario, incrementar 0,25-0,5 mg/kg/h cada 5-10 minutos hasta alcanzar el nivel de sedación adecuado.

El dolor en el lugar de la inyección puede minimizarse usando un acceso venoso central o mediante la coadministración de lidocaína: 1 ml de Lidocaína 1% iv antes del inicio de propofol o mezclar lidocaína con propofol inmediatamente antes de comenzar la infusión.

## Conclusión

La sedación paliativa es una intervención médica que se utiliza para aliviar el sufrimiento intenso en pacientes con enfermedades terminales cuando otros tratamientos no son efectivos.

Su objetivo principal es disminuir la conciencia del paciente para aliviar síntomas refractarios, como lo es el dolor, la disnea, o la ansiedad, que no han respondido a tratamientos convencionales, buscando con esto poder mitigar el sufrimiento causado por la enfermedad terminal con la que esta cursando y mejorar la calidad de vida en los últimos días o semanas.

Para llevar a cabo la sedación paliativa, es importante una evaluación cuidadosa y detallada del paciente, en donde se debe incluir una valoración multidimensional de sus síntomas y un consenso multidisciplinario entre el equipo médico, el paciente y su familia.

La transparencia y la comunicación abierta son esenciales para asegurar que se comprenda y se acepte el propósito de la intervención. Se deben considerar factores como la dosis, la elección del fármaco y la monitorización continua para ajustar el nivel de sedación de manera adecuada y segura.

Entre los fármacos que comúnmente son utilizados para la sedación paliativa se encuentran las benzodiazepinas, como el midazolam, y los antipsicóticos, como la levomepromazina.

La elección del fármaco y la dosis debe ser individualizada para cada paciente, basándose en las necesidades específicas y sus respuestas al tratamiento que ha llevado en el curso de su enfermedad.

Ética y legalmente, la sedación paliativa se debe manejar con el máximo respeto a la dignidad y autonomía del paciente. Por lo tanto es fundamental documentar todas las decisiones y acciones que se tomen y hagan, así como mantener un registro detallado de la evolución del paciente y los ajustes en el tratamiento, con la finalidad de garantizar que la sedación paliativa se administre de manera responsable, profesional y compasiva, proporcionando alivio en una fase crítica de la vida del paciente.

## **Bibliografía**

Guía de Sedación Paliativa. Marcos Gómez, et. al. Julio 2021. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. España. Gráficas Lasa, S.L.

Recuperado el 17 de junio de 2024, de [https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.cgcom.es/sites/main/files/mig/guia\\_sedacion\\_paliativa.pdf&ved=2ahUKEwiu7JTZ3OGGAXvt4MkDHTVIAfgQFnoECDAQ&usg=AOvVaw1i9awsvILKYxpZUcnV-Oi-](https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.cgcom.es/sites/main/files/mig/guia_sedacion_paliativa.pdf&ved=2ahUKEwiu7JTZ3OGGAXvt4MkDHTVIAfgQFnoECDAQ&usg=AOvVaw1i9awsvILKYxpZUcnV-Oi-)

# Eutanasia

Es aquel acto que tiene como objetivo terminar deliberadamente con la vida de una persona que, al tener sufrimientos intolerables debidos a una enfermedad terminal o irreversible, lo ha pedido expresamente.

La eutanasia queda entendida como algo:

- **activo** (no consiste en dejar que una enfermedad siga su curso natural cuando cualquier tratamiento es ya inútil o perjudicial, sino en provocar deliberadamente la muerte).
- **directo** (no consiste en un fallecimiento debido indirectamente al efecto secundario de un tratamiento, sino en el efecto directo de un procedimiento) y
- **voluntario** (no consiste en algo realizado sin contar con el paciente, sino que es algo por definición que solicita el propio enfermo).

Debe constatarse un padecimiento insoportable (sin esperanza de mejora), información adecuada, una consulta con un segundo facultativo y un procedimiento con el máximo cuidado y profesionalidad.

En la práctica, el médico programa la fecha del fallecimiento y realiza la eutanasia mediante inyección intravenosa de medicación. Si el procedimiento no tiene complicaciones, el paciente fallece sedado, sin dolor y de forma inmediata y rápida. Quien ha visto la filmación de una eutanasia real puede constatar 3 aspectos: es un procedimiento efectivo y eficaz, conlleva (como no podía ser menos) un fuerte impacto emocional para la familia y es un acto muy insatisfactorio para el médico que lo realiza, a pesar de actuar desde la convicción de hacer lo debido.

Razones que justifican la eutanasia	Razones que rechazan la eutanasia
<ul style="list-style-type: none"><li>• Desde la Ilustración, los conceptos de dignidad humana y de autonomía ganan terreno como fundamento de las decisiones éticas.</li><li>• Así, la dignidad de la vida se vincula a la capacidad de autogobernarse hasta el punto de poder determinar la manera y el momento de morir.</li><li>• La despenalización de la eutanasia sería una forma de reconocer esta dignidad.</li><li>• Es de justicia que la libertad o la dignidad de decidir cómo morir se considere un bien que es preciso garantizar públicamente.</li><li>• Es una manera de dar paso a todas las opciones (sin obligar a nadie) y a reconocer que todo el mundo tiene derecho a llevar a cabo las decisiones más íntimas y personales relacionadas con su noción de dignidad y de autonomía personal<sup>1</sup>.</li><li>• Una modificación de la ley debe ir acompañada de medidas de control rigurosas para evitar que se produzcan abusos en la aplicación de ésta, como ha ocurrido en otros países.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La vida humana tiene un valor tal que no se debe disponer de ésta (ni siquiera de la propia) con total y absoluta libertad.</li><li>• Se trata de un acto que involucra a una tercera persona, un sanitario, al que la sociedad vincula al cuidado de las personas.</li><li>• En un contexto de recursos siempre limitados podría generar desconfianza hacia los profesionales, al entenderse que la aplicación de la ley no será indiferente a la economía de la institución.</li><li>• La ley frenaría la «implicación tanto científica como asistencial, de algunos médicos y profesionales de la salud en la atención a unos enfermos sin curación que requieren una considerable dedicación de tiempo y recursos humanos»<sup>12</sup></li><li>• Podría suponer lanzar un mensaje social a una población vulnerable que les haga sentirse coaccionados a pedir un final más rápido.</li><li>• La experiencia holandesa muestra que un tercio de las muertes que produjo activa y directamente el personal</li></ul>

## **El terreno de las convicciones y de la decisión moral personal**

Aquí nos encontramos ante personas concretas y reales que tienen que tomar decisiones: pueden ser pacientes, familiares, médicos o jueces, cada uno desde su situación. En este ámbito, la propia conciencia es una instancia fundamental y es primordial diferenciar cuándo estamos en este terreno o en el terreno del debate social. Hay quien en la moral personal está a favor de la eutanasia, pero no está de acuerdo con su despenalización, o al contrario, hay quien descarta para sí la elección de la eutanasia, pero considera que debe haber una regulación legal que permita todas las opciones.

La pregunta en el terreno de la conciencia también queda abierta a los propios médicos. El respetar las opciones personales de los pacientes no exige darlas todas por buenas. Cada uno tendrá que plantearse realmente (no como mero ejercicio teórico) la posibilidad de ser sujeto agente o paciente de una eutanasia o de una ayuda al suicidio, si llegara a legalizarse. Tendrá que ver cómo desearía que se lo tratara en el final de su vida y si puede haber una diferencia entre lo que uno desea para sí y lo que aconseja o hace a sus pacientes.

## **El terreno social: despenalización de la eutanasia y del suicidio médicamente asistido**

En el clima social en el que vivimos tiende a prevalecer la lógica de la autonomía. Si se me reconoce el derecho a elegir entre varios tratamientos, así como a renunciar a un determinado tratamiento, es lógico que también pueda disponer del derecho a determinar cómo y cuándo quiero morir. Es la lógica de la libertad, que no es incompatible con un genuino y honesto interés por las personas más vulnerables.

Habría, pues, que preguntarse si es o no una exageración predecir un escenario en el que la sociedad, en un contexto legalmente permisivo, vea razonable y normal proporcionar una salida digna al sufrimiento mediante la eutanasia, el suicidio médicamente asistido o el homicidio por compasión. También habrá que ponderar si una intervención técnicamente sencilla, como la eutanasia, puede llegar a establecerse como un camino por seguir por ser más corto y fácil (por tanto, más eficaz) que otros cursos de acción, como el de invertir recursos en cuidados paliativos.

## **Otras formas de afrontar el final de la vida**

Continuamente nos movemos entre 2 valores: el valor de la libertad y el valor de la protección de la vida humana. Es posible que lo ideal fuera que hubiera libertad para pedir la eutanasia, pero que ésta no la requiriera nadie debido a un desarrollo óptimo de los cuidados paliativos. Pero en la realidad esto no es así. Quizá habría que buscar caminos que traten de preservar ambos valores, sin realizar uno a costa del otro.

**Los problemas en el terreno clínico suelen plantearse en las siguientes situaciones:**

- Pacientes con gran deterioro, en los que se plantea la duda de si seguir adelante con los tratamientos habituales o no: por ejemplo, pacientes con demencia evolucionada que presentan intercurrencias y pueden requerir ingresos hospitalarios o que dejan de deglutir y pueden ser candidatos a alimentación enteral con sondas o enterostomías. Aquí habrá que revisar cuál es el beneficio y los riesgos que estas intervenciones van a proporcionar.
- Pacientes preocupados acerca del sufrimiento en el futuro y que preguntan qué opciones tienen esta conversación puede empezar hablando sobre experiencias pasadas con familiares. Pero para poder responder adecuadamente habrá que precisar, no sólo en qué consisten los cuidados paliativos, sino qué se puede hacer en situaciones extremas. Muchas personas probablemente piden la eutanasia porque desconocen sus derechos legales, como el de poder renunciar a tratamientos. Otros desconocen la eficacia de los cuidados paliativos.
- Pacientes que están actualmente sufriendo de un modo inaceptable para ellos: esta situación es menos frecuente, pero más compleja. Aquí es necesario explorar por qué el sufrimiento es vivido de esa manera. Hay que asegurarse de que los cuidados paliativos son los adecuados y que este estado no se debe a ansiedad o depresión.
- Pacientes que piden abiertamente la eutanasia o la ayuda para el suicidio: aquí, si hubiera una discrepancia de valores entre médico y paciente, se puede inadvertidamente tender a ejercer un papel de juez moral. Si el rechazo que produce esta discrepancia no se identifica o no se maneja adecuadamente, puede reflejarse de múltiples maneras disfuncionales: sutiles descalificativos en la entrevista clínica, pérdida de prudencia en el juicio clínico o un franco ejercicio de abandono del paciente bajo forma de una objeción de conciencia (ciertamente pseudoobjeción).

## Conclusión

La eutanasia es un tema complejo y controvertido que implica la administración de medidas para terminar intencionalmente la vida de un paciente con el fin de aliviar un sufrimiento insoportable debido a una enfermedad incurable.

Esta práctica plantea importantes cuestiones éticas, legales y emocionales. En los países donde está legalmente permitida, la eutanasia se lleva a cabo bajo estrictas condiciones y regulaciones que aseguran que sea una decisión consciente y voluntaria del paciente, quien debe estar plenamente informado y capacitado para tomar una decisión autónoma sobre su propia vida y muerte.

El debate en torno a la eutanasia involucra argumentos a favor y en contra, como los que se mencionan anteriormente. Los defensores sostienen que permitir a los pacientes el derecho a morir con dignidad es una extensión de la autonomía personal y una forma de compasión hacia aquellos que sufren incesantemente. Argumentan que, en casos donde el sufrimiento no puede ser aliviado por otros medios, la eutanasia ofrece una salida digna y humana. Además, señalan que con las adecuadas restricciones, el riesgo de abuso puede ser minimizado.

Por otro lado, los opositores a la eutanasia expresan preocupaciones sobre el potencial de abuso, la posibilidad de presión sobre pacientes vulnerables y la dificultad de establecer criterios claros y justos para su implementación. También se argumenta que la eutanasia podría deteriorar la confianza en la relación médico-paciente y en el compromiso del personal médico de salvar vidas.

En la práctica médica, la discusión sobre la eutanasia requiere un enfoque interdisciplinario, que incluya la participación de médicos, especialistas en ética, abogados, y sobre todo, la participación de los pacientes y sus familias.

La prioridad debe ser siempre el bienestar del paciente, asegurando que cualquier decisión tomada respete sus deseos y valores. La eutanasia, cuando se permite, debe ser manejada con el máximo respeto, sensibilidad y responsabilidad, asegurando que cada caso se evalúe individualmente y se trate con la seriedad y compasión que merece.

## **Bibliografía**

Álvarez Montero, S. (2009). Eutanasia, opciones al final de la vida y médicos de familia. *Atencion primaria*, 41(7), 405–410. Recuperado el 17 de junio de 2024, de <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.01.004>