



Universidad del sureste

Campus Comitán

Licenciatura en Medicina Humana

**Resumen y conclusión de eutanasia y
sedacion paliativa**

Alinne Perez Velasco

sexto semestre "B"

Medicina Paliativa

Agenor Abarca Espinosa

Comitán de Domínguez Chiapas a 21 de junio de 2024

Resumen Eutanasia

Es muy positivo que exista una preocupación por parte de los legisladores por impulsar leyes que hagan posible que los mexicanos puedan tener una muerte digna. También es deseable y necesario que se genere un debate en la opinión pública sobre este tema. Este término ha significado cosas muy diferentes a través de la historia y hoy mismo las personas lo entienden de formas distintas. Por una parte, se puede decir que se usa de manera habitual para referirse a una gama muy amplia de acciones que tienen en común el hecho de poner fin a la vida de un ser humano que sufre.

Es necesario definir la eutanasia de una manera más precisa: 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, que se inspira en la que se utiliza en los Países Bajos, tiene el mérito de ser muy específica. Desde que en 1984 se despenalizó la eutanasia en ese país fue necesario establecer muy claramente los límites de lo que podía permitirse legalmente, de manera que se requirió mucha precisión al definir su práctica, la cual se legalizó en 2002. 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.

Suicidio medicamente 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.

Muerte médicamente asistida

Comprende la eutanasia, el suicidio médicamente asistido y la terminación de la vida sin solicitud expresa.

Eutanasia pasiva y eutanasia activa

La eutanasia pasiva: se refiere a la muerte que se produce como efecto de la omisión o suspensión de acciones médicas que permitirían preservar la vida. Desde hace unos años, en la literatura bioética esta acción se conoce como “limitación del esfuerzo terapéutico”.

La eutanasia activa: es la acción que pone fin a la vida del paciente por medio de una intervención encaminada a procurar la muerte, como es la administración de una droga.

Cuidados paliativos

Tienen como objetivo apoyar y cuidar a los pacientes en las últimas fases de su enfermedad para que vivan tan plena y confortablemente como sea posible y encuentren la muerte con dignidad. Los cuidados paliativos sustituyen a los tratamientos curativos cuando estos no ofrecen los beneficios deseados o los efectos adversos superan los beneficios.

Estos cuidados deben ser llevados por equipos 6 interdisciplinarios y deben incluir a la familia. Estos cuidados pueden darse en el hospital o en el domicilio del paciente; lo importante es que se cuente con los elementos necesarios para brindarlos. De hecho, muchos pacientes eligen estar en su casa cuando saben que están viviendo la etapa final de su vida.

Eutanasia indirecta

Se ha llamado así a la muerte que se produce como un efecto secundario de los medicamentos que se aplican con el fin de aliviar el dolor u otros síntomas del paciente. Mientras que en la eutanasia propiamente dicha la acción del médico tiene como fin directo causar la muerte, en esta otra forma de terminación de vida, la muerte se considera un efecto previsible pero indeseable.

Documento de voluntades anticipadas

Se ha impulsado el uso de este documento para encontrar solución a situaciones críticas que se presentan con cierta frecuencia en las que un paciente adulto se encuentra incapacitado para participar en las decisiones sobre el final de su vida. Mediante el documento de voluntades anticipadas, los individuos, cuando son competentes, pueden establecer su voluntad sobre los tratamientos que querrían y

los que no querrían que les aplicaran en caso de encontrarse en situaciones muy críticas en las que ya no pueden expresar sus deseos y otros deben decidir por ellos.

Ortotanasia, distanasia y adistanasia

El uso de estos términos ha sido impulsado en los últimos tiempos por quienes buscan una propuesta de terminación de vida que se aparte de la eutanasia por ser ésta una acción que consideran inaceptable. Si bien estos términos logran eludir el estigma de la palabra eutanasia, también generan confusión por el hecho de utilizar una nueva nomenclatura para referirse a las mismas acciones para las cuales ya existen definiciones ampliamente utilizadas.

Ortotanasia se refiere a la decisión de dejar morir al enfermo sin aplicarle tratamientos que prolongarían su sufrimiento, pero brindando toda los cuidados paliativos posibles. Significa, “muerte correcta”.

Distanasia se refiere a la decisión opuesta: continuar aplicando tratamientos que sólo alargan la existencia y, por tanto, el sufrimiento. Corresponde a los que se conoce también como “encarnizamiento terapéutico” o “ensañamiento terapéutico”.

La adistanasia se refiere a la decisión de suprimir la distanasia; es decir, dejar de aplicar un tratamiento que prolongue inútilmente la vida del paciente, lo que sería equivalente a la eutanasia pasiva.

Algunas consideraciones importantes

Cuidados paliativos y eutanasia no son acciones excluyentes, al contrario, son complementarias. Los cuidados paliativos pueden evitar muchas solicitudes de eutanasia, pero también tienen límites. En estos casos es cuando un paciente puede considerar la eutanasia.

En los lugares en que se permite legalmente la eutanasia los médicos nunca están obligados a aplicarla si consideran que tal acción va en contra de sus valores. Por esta razón, es importante que un paciente que está considerando la posibilidad de pedir la eutanasia a su médico se lo comunique con anticipación. En los casos de estado vegetativo persistente, así como los de sedación paliativa o terminal, son el tipo de casos para los que tanto el personal de salud, como los familiares, pueden apoyarse en la consejería ofrecida por los comités hospitalarios de bioética, cuerpos colegiados que tienen justamente como función, apoyar en la toma de decisiones moralmente complejas con diversas alternativas técnicas correctas.

Resumen Sedacion paliativa

Introduccion

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 refractarios.

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 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.

De forma específica, podemos hablar de **sedación paliativa en la agonía**, 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 condiciones.

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 sintoma, tratamiento instaurados y resistencia a estos .
3. Evaluación interdisciplinar
4. Intención de aliviar el sufrimiento
5. Se debe obtener siempre el consentimiento informado del paciente.

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.

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.

- 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.

Tipos 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.

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.

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).

La dosis de **inducción** es aquella con la que queremos conseguir el nivel de sedación adecuado.

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.

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.

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.

Sedación con levomepromacina 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, intentando rebajar la dosis de midazolam progresivamente en los días posteriores, según sea la respuesta clínica.

Sedación con clorpromacina 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 neurolépticos y reducir el tratamiento opioide al menos a la mitad de la dosis.

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.

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.

Conclusion

En conclusión, la diferencia entre sedación paliativa y eutanasia es que la primera busca aliviar el dolor y síntomas que presentan los pacientes con enfermedad terminal o incurables, o que ya estén en agonía, sin acelerar la muerte sino aliviar el sufrimiento tanto como del paciente y de los familiares hasta que llega el fallecimiento ya sea en días, horas o meses. La sedación paliativa es una práctica ética y obligatoria cuando está bien indicada y realizada correctamente. En el cual uno de los requisitos importantes antes de realizarlo es que el o los familiares mediante el consentimiento informado sepan sobre los procedimientos o fármacos que va a realizar en el paciente, el médico debe recetar las dosis y fármacos apropiados ya sea en el hospital o en el domicilio administrado por los familiares y con la técnica correcta. Y la eutanasia busca la muerte anticipada del paciente con fármacos a dosis letales y así terminar con el sufrimiento. En el cual esta se clasifica en dos, que son: la activa y la pasiva, que se basa en la administración de una droga o la suspensión de las acciones médicas que permitirían preservar la vida, respectivamente.

Referencias bibliográficas

Comision Nacional de Bioetica. 2021. Eutanasia. Algunos elementos para el debate. Comision Nacional de Bioetica. Recuperado en: <https://conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/eutanasia.pdf>

Acedo Claro, Clementina, & Rodríguez Martín, Bárbara. (2021). Sedación paliativa. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 14(2), 93-97. Epub 26 de julio de 2021. Recuperado en 17 de junio de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2021000200009&lng=es&tlng=es.