



Universidad del sureste
Campus Comitán
Licenciatura en Medicina Humana

Resumen sobre Eutanasia

Carlos Rodrigo Velasco Vázquez

Grupo "B"

Sexto semestre

Materia: Cuidados paliativos

Docente: Dr. Agenor Abarca Espinoza

Comitán de Domínguez Chiapas a 15 de junio de 2024

En medicina paliativa existen ciertas constantes con las que tenemos que lidiar en todo momento cuando diagnosticamos al paciente como terminal; el dolor y la muerte. Son dos cosas que van casi de la mano y son dos situaciones inevitables en todos los seres humanos pero lo son aún más en los enfermos terminales que necesiten de un esquema de cuidados paliativos para mantener una vida digna hasta el final de sus días.

A continuación mencionaremos sobre la definición de Eutanasia que tanta relación tiene con un final de vida digna en los seres humanos así como el término del sufrimiento, además de algunas situaciones en la que se ve envuelta tal definición y acción.

Para comenzar a hablar sobre la Eutanasia debemos tener en claro el término de muerte que proviene del latín mors-mortis, que significa cesación. Para definir la palabra muerte mencionaremos algunas de las definiciones que usamos en el día a día.

- Desde el punto de vista biológico, consiste en el cese de las funciones orgánicas de un ser vivo más allá de las cuales no es posible su revivificación.
- En el derecho, la muerte de la persona extingue su personalidad en las relaciones jurídicas.
- En medicina legal el diagnóstico clínico de muerte se basa en la abolición definitiva, irreversible y permanente de las funciones vitales del organismo.

Para poder tener un consenso definitivo sobre en qué momento consideramos a una persona muerta debemos tomar en cuenta lo que nos dice la Ley General de Salud, en su Título IV "Pérdida de la Vida", dispone como criterios para la determinación legal de la muerte los siguientes:

Artículo 343.- Para efectos de este Título, la pérdida de la vida ocurre cuando se presentan la muerte encefálica o el paro cardíaco irreversible.

La muerte encefálica se determina cuando se verifican los siguientes signos:

- Ausencia completa y permanente de conciencia.
- Ausencia permanente de respiración espontánea.
- Ausencia de los reflejos de tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia a estímulos nociceptivos.

Artículo 344.- Los signos clínicos de la muerte encefálica deberán corroborarse por cualquiera de las siguientes pruebas:

- Electroencefalograma que demuestre ausencia total de actividad eléctrica, corroborado por un médico especialista.
- Cualquier otro estudio de gabinete que demuestre en forma documental la ausencia permanente de flujo encefálico arterial.

Hay que tener en cuenta que la muerte es tomada de diferentes maneras a lo largo de las poblaciones mundiales de acuerdo a su cosmovisión. Las personas mueren por diferentes causas, en diversas circunstancias y ámbitos culturales, con distintos niveles de conciencia y diferentes percepciones de lo que constituye una buena muerte.

Los rápidos adelantos de la ciencia y sus aplicaciones tecnológicas en la medicina han suscitado distintos enfoques éticos relacionados con la eutanasia, mismos que ameritan ser explorados, considerando no solo el respeto a la dignidad de la persona, sino también el respeto universal y la observancia de los derechos humanos y las libertades fundamentales.

Existen diferentes perspectivas para situar el análisis de la eutanasia, el cual invariablemente debe reconocer sus consecuencias en el Derecho positivo. El campo de intervención de la bioética es amplio, pues sustenta su reflexión con la filosofía, la medicina, el derecho y la sociología, entre otras disciplinas. Dada la complejidad de su objeto, enlaza e integra distintos conocimientos a fin de responder ante diferentes argumentos y posturas que van surgiendo con los avances científicos y tecnológicos, los cuales en las ciencias médicas han representado la posibilidad de transformar el proceso salud-enfermedad en las personas, generando mayores expectativas en cuanto a la prolongación de la vida, y de manera especial en pacientes en estado grave, crítico o terminal.

Es necesario reflexionar sobre un tema tan polémico al orientar la atención: saber advertir la línea de demarcación que permite distinguir lo permisible de lo no permisible.

Lograr claridad conceptual resulta fundamental para tener la posibilidad de abordar los paradigmas morales que se presentan en el manejo de los pacientes y sus enfermedades por parte de los prestadores de servicios de atención médica.

Eutanasia

La Organización Mundial de la Salud refiere que las definiciones de la eutanasia no son precisas y pueden variar de una persona a otra, pero con algunos elementos en común.

Podemos dividir entonces a la Eutanasia en la eutanasia directa o activa que a su vez la podemos dividir en tres categorías:

1. El homicidio intencional de quienes han expresado su deseo competente y libre.
2. El suicidio profesionalmente asistido.
3. El homicidio intencional de los recién nacidos que tienen anomalías congénitas que pueden o no amenazar la vida, a menudo por retención de alimento.

El término eutanasia pasiva es engañoso e inexacto; se refiere a prácticas en pacientes moribundos, como son el retiro del tratamiento que ha demostrado ser de ningún beneficio, o bien no iniciar un tratamiento que se considere de ningún beneficio, y la aplicación vigorosa de tratamiento para el dolor, aunque esto posiblemente pueda acortar la vida. Ya que estas decisiones se pueden hacer cerca del final de la vida, la muerte puede seguir pronto, pero no invariablemente, y se han etiquetado estas prácticas como eutanasia.

Para la Asociación Médica Mundial, la eutanasia es considerada como la realización de forma intencional y con conocimiento de un acto con la clara intención de poner término a la vida de otra persona, siempre y cuando esta sea competente, se encuentre informada del estado incurable de su enfermedad y haya pedido voluntariamente terminar con su vida.

La eutanasia está definida por la Real Academia Española como *«Acción u omisión que, para evitar sufrimientos a los pacientes desahuciados, acelera su muerte con su consentimiento o sin él» y como «Muerte sin sufrimiento físico».*

Etimológicamente, «eutanasia» es una palabra que deriva de sus raíces griegas, eu (bueno) y thanatos (muerte), y significa buena muerte o bien morir.

Por su parte, el suicidio consiste en el acto mediante el cual una persona se priva voluntariamente de la vida, y el suicidio asistido se refiere a que un tercero proporcione algún medio efectivo al paciente con el fin de que este pueda darse muerte por sí mismo.

En cuanto a su clasificación, la eutanasia ha sido catalogada según su género, surgiendo así una variedad de categorías, entre las que destacan:

Por su finalidad:

- Eugénésica: muerte a personas deformes o enfermas para no degenerar la raza.
- Económica: eliminación de enfermos incurables, discapacitados o ancianos, para aligerar a la sociedad de personas inútiles que suponen elevados costos económicos y asistenciales.
- Piadosa: por sentimiento de compasión hacia la persona que está soportando graves sufrimientos, sin esperanza de sobrevivir.
- Solidaria: muerte indolora a personas desahuciadas con el fin de utilizar sus órganos o tejidos con fines terapéuticos.

Por la modalidad de acción:

- Activa: solicitada por el propio paciente en etapa terminal y provocada por la acción positiva de un médico o personal de salud.

- Pasiva: muerte de un paciente por omisión de un tratamiento terapéutico necesario, interrupción de la terapia con la finalidad de no prolongar los sufrimientos de un enfermo al final de la vida.

Por la intención:

- Directa: provocación de la muerte inmediata y de manera deliberada con medios certeros.
- Indirecta o lenitiva: acción u omisión que indirectamente (por efecto secundario) provoca la muerte.

Por el contenido volitivo:

- Voluntaria: se realiza a petición del paciente con su consentimiento informado, expreso y consciente.
- No voluntaria, que contempla dos argumentos:
 - o Muerte del paciente que no es capaz de entender la opción entre la vida y la muerte.
 - o Se impone a un paciente en contra de su voluntad, contraviniendo sus propios deseos.

Algo que tenemos que tomar en cuenta al hablar de Eutanasia, son los cuidados paliativos, que incluyen la psicología del moribundo y el duelo, y ocupan un lugar preponderante; son un enfoque de mejora de la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan los problemas asociados con enfermedades que amenazan la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana y la correcta evaluación y tratamiento del dolor, así como de otros problemas físicos, sociales y espirituales.

Los cuidados paliativos consisten en el cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a un tratamiento curativo: el control del dolor y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

Todos los pacientes sin expectativa curativa deben tener acceso a un nivel básico de cuidados paliativos. El paciente en situación terminal tiene derecho a recibir atención médica integral, así como a optar por recibir cuidados paliativos en su domicilio.

La eutanasia ha sido manejada esencialmente por dos corrientes filosóficas fundamentadas en la ciencia y la religión, basándose en conocimientos y creencias socialmente desarrolladas, invocando la dignidad humana tanto para defenderla como para rechazarla. Para sus defensores, la dignidad humana del enfermo consiste en el derecho a elegir de manera libre el momento de su muerte. Para sus detractores, la dignidad humana es oponerse a este derecho por considerarlo una arbitrariedad frente a un asunto exclusivamente de orden divino, para algunos, o científico-legal para otros.

Conclusión

Como mencionamos en un principio, hablar de medicina paliativa es hablar de enfermos terminales, es casi sinónimo de sufrimiento, dolor, agonía y muerte. Si bien, se han reformado protocolos para el cuidado de estos enfermos pero el problema es que no siempre pueden ceder el sufrimiento y agonía y no pueden darles a los enfermos una manera digna de terminar con su vida.

La eutanasia sale en estos pacientes como una opción liberadora que pudiese acabar con toda esa agonía en un buen momento, ahorrándose mucho tiempo de sufrimiento, de dolor y de postergar una vida que ya no lo necesita.

Desde este punto de vista podemos dejar a la eutanasia como la opción ideal en todos aquellos enfermos terminales que tengan claro su objetivo y decisión. Sin embargo aun no se tiene un sistema de salud con una magnitud tal que pueda realizar dichos procedimientos, tampoco una sociedad que este lista para aceptar tal cosa.

Una de las principales barreras son las creencias colectivas que se tiene sobre la muerte y la repercusión que esto tiene sobre la decisión no de los enfermos terminales, sino de las personas responsables de los enfermos que casi siempre son los familiares que arraigados a las creencias religiosas, éticas o morales colectivas, ven con malos ojos a la eutanasia y postergan el sufrimiento de su enfermo lo mayor posible aunque este haya dejado una decisión de terminar con su vida en el momento en el que el sufrimiento se torne irreversible.

De igual manera el personal medico debe tener muy en cuenta la bioética medica y no la ética personal para de esa manera evitar caer en la obstinación terapéutica y no postergar el sufrimiento inminente de los pacientes terminales. Entre los problemas sobre la legalización de la eutanasia también se encuentran los legales que por la corrupción que nos invade y la nula claridad de la justicia pudiesen tomarse a malas intenciones realizar una eutanasia.

El debate es interminable pero la necesidad es exhaustiva. Deberían de reformarse protocolos para aceptar el derecho a una muerte digna, en tiempo y forma para evitar momentos finales de la vida llenos de sufrimiento y dolor y de esa manera otorgarles a nuestros enfermos recobrar la paz y tranquilidad por al menos una ultima vez en sus vidas.

(Bustamante-Lejía, 2020)

Bibliografía

Bustamante-Lejía, M. d.-P. (2020). Entre la enfermedad y la muerte: "Eutanasia". *Cirugía y cirujanos*. doi:DOI: 10.24875/CIRU.18000626



Universidad del sureste
Campus Comitán
Licenciatura en Medicina Humana

Resumen sobre Sedación Terapéutica

Carlos Rodrigo Velasco Vázquez

Grupo "B"

Sexto semestre

Materia: Medicina Paliativa

Docente: Dr. Agenor Abarca Espinoza

Comitán de Domínguez Chiapas a 15 de junio de 2024

En los enfermos terminales, muchas veces o en la totalidad de los casos aparecen síntomas que agobian de manera constante a los pacientes, los cuales hacen que sus últimos días de vida estén llenos de agonía y sufrimiento, para tratar de evitar esto surgió la necesidad de tratar de calmarlos y es aquí donde entra el concepto de sedación paliativa, el cual describiremos a continuación.

El término sedar procede del latino “sedare” y significa apaciguar o calmar la excitación o un dolor físico o moral de alguien y, su utilización en el terreno médico sería la acción de administrar un sedante a alguien. Y se denominan sedantes a los fármacos que se utilizan en distintas especialidades de la medicina (anestesia, endoscopias, etc.) con el objetivo de proceder a determinadas maniobras o procedimientos especialmente molestos o dolorosos, de manera que puedan ser tolerados por los enfermos.

La sedación puede ser:

- Intermitente (permite períodos de alerta que alternan con el estado de inconsciencia).
- Continua (disminución del nivel de conciencia de forma permanente).
- Superficial (permite algún tipo de comunicación del paciente, verbal o no verbal).
- Profunda (mantiene al paciente en estado de inconsciencia).

En el marco de los Cuidados Paliativos el objetivo de la sedación es el alivio del sufrimiento del enfermo mediante una reducción proporcionada del nivel de conciencia. Se denomina sedación paliativa a aquella que se logra mediante la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento.

La sedación en la agonía es un caso particular de la sedación paliativa, y se define como la administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y/o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima.

Indicación de la sedación paliativa/en la agonía

Los cuidados paliativos tienen como objetivo fundamental proporcionar al enfermo el control o alivio del dolor y otros síntomas que le causan sufrimiento difícilmente soportable. Cuando se habla de sedación paliativa, se considera que esta medida puede ser indicada cuando existen síntomas o sufrimientos físicos y/o psicológicos que son refractarios al tratamiento habitual. Esto significa que, a pesar de utilizar los tratamientos y recursos disponibles, los síntomas del paciente no se pueden controlar en un tiempo razonable, lo cual se denomina síntomas refractarios. En

casos donde no está claro si un síntoma es refractario al tratamiento, se recomienda consultar a un experto, como unidades especializadas en el manejo del dolor o especialistas en cuidados paliativos. Esto es particularmente crucial en el caso del dolor, ya que antes de determinar que es refractario, se debe buscar la opinión de profesionales con experiencia en el tema.

Se puede considerar que la refractariedad de los síntomas y del sufrimiento del enfermo viene determinada por el agotamiento de las intervenciones médicas, psicológicas, sociales y espirituales, y por la confirmación del propio paciente; y que la sedación paliativa se plantea como última alternativa terapéutica para lograr el alivio del sufrimiento refractario mediante una reducción de la conciencia lo suficientemente profunda como para conseguirlo. Es decir, la sedación constituye un tratamiento que se utiliza cuando el resto de los tratamientos han fracasado en el control de síntomas que generan un gran sufrimiento en el enfermo. Una vez iniciada la sedación paliativa/en la agonía prosigue el deterioro del enfermo hasta su muerte en un periodo que oscila entre varias horas a días.

Consentimiento del enfermo

El consentimiento implica que el enfermo competente, correctamente informado, expresa su deseo explícito de sedación. En cuanto a la información que debe comunicarse al paciente y debido a la complejidad de la toma de decisiones sobre la sedación, es aconsejable que el profesional prevea estas situaciones hablando de forma anticipada sobre el procedimiento de la sedación y sopesa de manera individual los posibles daños de la información que debe revelar.

Una correcta información debe tener en cuenta una explicación acerca de la situación biológica del enfermo, de su irreversibilidad e incurabilidad así como de la supervivencia estimada. La información debe contener cuál es el objetivo de la sedación, los fármacos que se utilizan para reducir la conciencia, los efectos esperados sobre el nivel de conciencia, la comunicación, la ingesta oral, la supervivencia estimada y los cuidados durante la sedación, así como los resultados esperados en el caso de que no se realice la sedación.

Procedimiento de actuación de la sedación paliativa/en la agonía

1. La existencia de una indicación terapéutica correcta efectuada por un médico: presencia de un síntoma o sufrimiento físico/psíquico refractario – delirium, disnea, dolor, hemorragia, náuseas/vómitos.
2. El consentimiento explícito del enfermo, o de la familia si éste fuera incompetente.
3. Se recomienda que los profesionales implicados estén totalmente informados del proceso, y que éste sea registrado en la historia clínica.
4. Que la administración de fármacos se haga en las dosis y combinaciones necesarias hasta lograr el nivel de sedación adecuado.

5. Aplicación de un Plan de Cuidados de Enfermería durante la sedación que contemple la monitorización y registro del proceso.

Fármacos y dosis orientativas para la sedación paliativa.

<i>Fármaco</i>	<i>Dosis subcutáneas</i>	<i>Dosis intravenosas</i>
Midazolam ^a (ampollas 15 mg/3 ml)	Inducción (bolus): 2,5-5 mg* Inicial ICSC: 0,4-0,8 mg/h* Rescate (bolus): 2,5-5 mg* Máxima diaria: 160-200 mg	Inducción (bolus): 1,5-3 mg cada 5 minutos Inicial ICIV: Inducción x 6 Rescate (bolus) = Inducción
Levomepromazina (ampollas 25 mg/1 ml)	Inducción (bolus): 12,5-25 mg Inicial ICSC: 100 mg/día Rescate (bolus): 12,5 mg Máxima diaria: 300 mg	
Propofol (viales 10 mg/ml)	No utilizado por vía SC	Inducción(bolus):1-1,5 mg/kg Inicial ICIV: 2 mg/kg/h Rescate (bolus): la mitad de la dosis de inducción

*: dosis doble en pacientes que ya tomaban previamente BZD.

ICSC: infusión continua subcutánea. ICIV: infusión continua intravenosa

^aVía de administración no contemplada en la ficha técnica

Refiriéndonos a la Sedación Paliativa/en la Agonía la primera condición necesaria para su correcta consideración ética y legal es que desde el punto de vista médico esté indicada al agotarse el resto de las alternativas terapéuticas que no comprometen el nivel de conciencia del enfermo.

La intencionalidad del profesional sanitario es clara: el alivio del sufrimiento del enfermo mediante una reducción proporcionada del nivel de conciencia con el uso de fármacos en las dosis adecuadas y convenientemente monitorizado. En dicha actuación terapéutica no se escapan ni un plan de cuidados que atiende las necesidades físicas, psíquicas y espirituales del enfermo y de su familia, ni el consenso y participación de los distintos profesionales sanitarios implicados. La sedación no tiene entre sus objetivos ni la curación ni la muerte del paciente. El enfermo se está muriendo con un sufrimiento insoportable que no responde a las medidas paliativas instauradas y con la sedación lo que se persigue es disminuir su nivel de conciencia con el propósito de calmarlo.

Conclusión

En el paciente terminal es inevitable la aparición de síntomas que harán de sus últimos días una agonía, tomando en cuenta que durante todo el trayecto de su enfermedad, el sufrimiento tanto emocional y físico estuvieron presentes y nunca lo dejaron en paz, es indispensable que una vez que se agotaron todos los

tratamientos disponibles para tratar de mitigar los síntomas dolientes del paciente y que sin dar con ningún resultado satisfactorio para desaparecerlos, es necesario que se encuentre la manera de hacer que tenga un descanso o un cese de dolor y sufrimiento al menos por un momento antes del final de su vida. Es aquí donde entra la necesidad de un esquema de sedación terapéutica, teniendo en cuenta que el paciente ya no tiene ninguna esperanza de cura y tampoco de mejoría ni siquiera de disminución de síntomas, y de igual forma una escapatoria de sufrimiento como lo es la eutanasia, recurrir a la sedación terapéutica como última opción es lo único que se puede hacer por este tipo de pacientes.

En conclusión, los cuidados paliativos, especialmente a través de la sedación paliativa o en la agonía, buscan aliviar el sufrimiento físico y/o psicológico de pacientes terminales cuyos síntomas son refractarios a tratamientos convencionales. Este enfoque ético y médicamente indicado implica la administración controlada de sedantes para reducir la conciencia del paciente hasta un nivel que permita mitigar el dolor y otros síntomas, siempre con el consentimiento informado del paciente o de su familia en caso de incompetencia. Es un último recurso cuando otras intervenciones han fallado, proporcionando confort al paciente durante los momentos finales de su vida sin buscar acelerar ni prolongar su muerte. Este enfoque multidisciplinario involucra a diversos profesionales para asegurar que se manejen adecuadamente todos los aspectos del cuidado del paciente y su entorno emocional, físico y espiritual.