



**Universidad del sureste**  
**Campus Comitán**  
**Licenciatura en Medicina Humana**  
**“Eutanasia y Sedación paliativa”**

Resúmenes

**IRMA NATALIA HERNÁNDEZ AGUILAR**

**Sexto semestre “B”**

**MEDICINA PALIATIVA**

**DR. ÁGENOR ABARCA A.**

Comitán de Domínguez Chiapas a 17 de junio de 2024

## EUTANASIA

### RESUMEN

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.

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. Sin embargo, este uso no ayuda nada al debate porque no establece diferencias entre acciones que sí implican diferencias éticas muy importantes y que dependen de las circunstancias en que se produce un acto que causa la muerte de un enfermo.

Por tal razón, 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 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.

Para esto se incluye un término que es el **suicidio medicamente 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 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.

Para situaciones diferentes existe la **terminación de la vida sin solicitud expresa** del paciente, que 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-.

La **muerte medicamente asistido** comprende la eutanasia, el suicidio médicamente asistido y la terminación de la vida sin solicitud expresa.

Podemos dividir la Eutanasia en **activa y pasiva**. Esta clasificación ha sido ampliamente utilizada y, por eso, vale la pena revisarla, aun cuando en la literatura bioética tiende a desaparecer.

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.

Dentro de estos procesos existen los llamados **cuidados paliativos**, que 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. Con el fin de maximizar la calidad de vida de los pacientes, se les da una atención integral que abarca los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

En el contexto de los cuidados paliativos podemos añadir la **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. Esta forma de terminación de vida forma parte de los cuidados paliativos en la medida en que estos proporcionan tratamientos para aliviar el sufrimiento de los pacientes y los médicos no tienen por qué abstenerse de aplicarlos por el hecho de anticipar que puede producirse la muerte como una consecuencia inevitable.

El **documento de voluntades anticipadas** se ha impulsado 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** se refiere a la decisión de dejar morir al enfermo sin aplicarle tratamientos que prolongarían su sufrimiento, pero brindando todos 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.

En conclusión, a lo largo de los años personas en todo el mundo han tenido que enfrentarse con la dolorosa situación de padecer una enfermedad terminal o que algún familiar la padezca, situaciones que llegan a ser muy complicadas, dolorosas y difíciles a la hora de enfrentar los efectos adversos, derivado de esto se han buscado encarecidamente estrategias que ayuden a mejorar las condiciones de vida del paciente terminal y aliviar su agonía. Por ello se ha desarrollado la llamada EUTANASIA que fué implementada buscando una manera definitiva de resolver la mala situación sintomática, estrategia que sí bien es controversial, sin duda le da a los pacientes que lo deseen, un fin a su sufrimiento, acto que debe ser respetado tanto por nosotros el personal médico, así como por la familia. Como personal médico, se busca evitar la obstinación terapéutica y darle la oportunidad al enfermo de morir de manera digna y asustada si así lo desea, dándole la oportunidad de tener autoridad para decidir el desenlace de su vida, dejándonos a nosotros el papel del control sintomático y acompañamiento de cada paciente.

## SEDACIÓN PALIATIVA

### RESUMEN

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. Es en este contexto médico en el que algunos autores definen la sedación como **"la administración de fármacos adecuados para disminuir el nivel de conciencia del enfermo, con el objetivo de controlar algunos síntomas o de prepararlo para una intervención diagnóstica o terapéutica que puede ser estresante o dolorosa"**.

La sedación puede ser **intermitente** (permite períodos de alerta que alternan con el estado de inconsciencia) o continua (disminución del nivel de conciencia de forma permanente), superficial (permite algún tipo de comunicación del paciente, verbal o no verbal) o 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.

Los Cuidados Paliativos tienen entre sus objetivos fundamentales el de proporcionar al enfermo el control o el alivio del dolor u otros síntomas que le causan sufrimientos difícilmente soportables. Como se ha mencionado a la hora de definir la sedación paliativa, la existencia de síntomas o de sufrimiento físico y/o psicológico refractarios al tratamiento establece uno de los requisitos para la indicación de la sedación. Si mediante la utilización adecuada de los tratamientos y de los recursos que se disponen en nuestra sociedad no se consiguen controlar los síntomas que padece el enfermo en un tiempo razonable se les denomina síntomas refractarios. En ocasiones, la dificultad en determinar si un síntoma es refractario al tratamiento hace aconsejable que se consulte a un experto. Esto es especialmente importante en el caso del dolor, por lo que antes de considerarlo como un síntoma refractario al tratamiento se recomienda consultarlo con las Unidades del Dolor o con especialistas en Cuidados Paliativos.

En cuanto al sufrimiento físico y/o psicológico no se debe olvidar que, aunque el sufrimiento forma parte consustancial del ser humano, la experiencia demuestra que existe una parte del sufrimiento que es "evitable". En consecuencia, resultará crucial distinguir entre "sufrimiento evitable" y "no

evitable”, lo que permitirá a los profesionales determinar sobre qué aspectos del sufrimiento “evitable” se puede intervenir (control de síntomas físicos, intervención sobre problemas psicológicos o sociales, etc.).

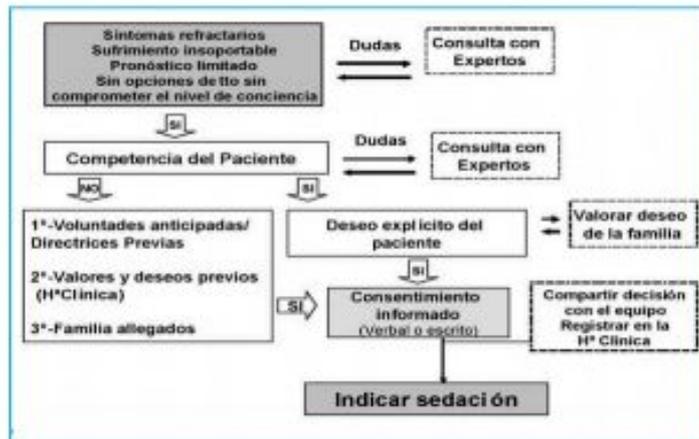
Por otro lado, se debería tener en cuenta que en las enfermedades avanzadas, cuando se vislumbra el final de la vida, la utilización de todos los recursos que pone la medicina en nuestras manos puede hacer que se perpetúe el sufrimiento del enfermo al prolongar una

existencia con síntomas refractarios a todo tipo de tratamiento. Incluso la utilización de fármacos o de técnicas médicas con el objetivo de paliar los síntomas que acontecen en las fases finales de la enfermedad pueden conducir a esa prolongación de la existencia asociada a un sufrimiento que puede ser vivido como indigno por el 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.

El **consentimiento verbal** se considera suficiente y se debe dejar constancia del proceso de información y del consentimiento del enfermo en la historia clínica. La incompetencia del enfermo nos plantea un problema diferente. En primer lugar, se debe consultar el Registro de Voluntades Anticipadas por si hubiera dejado constancia escrita acerca de sus deseos en relación al final de la vida y quién es su representante. En el caso de que no hubiera registrado ningún documento se **interrogará a la familia** acerca de los valores del paciente, sus creencias y los deseos que pudiera haber manifestado en conversaciones mantenidas con ellos a lo largo de su vida o, sobre todo, si ha sido posible, a raíz de la enfermedad que estaba padeciendo y que le ha conducido a la situación actual. Si no hubiera dejado constancia de sus deseos se procederá a informar a su familia y recabar su consentimiento para la sedación.

**Tabla 1. Resumen del proceso de la sedación (Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos) En prensa**



**Tabla 2. Fármacos y dosis orientativas para la sedación paliativa. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. En prensa.**

<b>Fármaco</b>	<b>Dosis subcutáneas</b>	<b>Dosis intravenosas</b>
Midazolam <sup>a</sup> (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

<sup>a</sup>: Vía de administración no contemplada en la ficha técnica

En cuanto a la monitorización se recomienda utilizar instrumentos como la escala de Ramsay dejando constancia de ello en la historia clínica.

**Tabla 3. Escala de Ramsay**

Nivel I	Paciente agitado, angustiado
Nivel II	Paciente tranquilo, orientado y colaborador
Nivel III	Paciente con respuesta a estímulos verbales
Nivel IV	Paciente con respuesta rápida a la presión glabelar o estímulo doloroso
Nivel V	Paciente con respuesta perezosa a la presión glabelar o estímulo doloroso
Nivel VI	Paciente sin respuesta

Si existe una frase que concita el acuerdo general entre enfermos y familiares con los profesionales sanitarios es "que no sufra". De hecho, la mayoría de los miembros de nuestra sociedad actual consideran que el sufrimiento no tiene sentido ni utilidad cuando el enfermo se ve abocado de manera irremisible a la muerte. Esto no sólo es así sino que muchos de nuestros conciudadanos no dudan en calificar de "indigna" a la muerte del paciente que va precedida de intensos dolores o de la postración más severa ocasionando su indefensión y dependencia absoluta. En consecuencia, no debe extrañar que alrededor de los vocablos "dignidad", "dolor", "sufrimiento", se postulen distintas maneras de pensar persiguiendo un mismo objetivo: el consuelo y el alivio del ser humano que se está muriendo. Ni tampoco es casual que la consecución de una "muerte digna" sea el eslogan sobre el que profesionales, familiares, enfermos, diversas instituciones y asociaciones defiendan sus visiones particulares.

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.

La **segunda consideración** necesaria es que el enfermo y su familia hayan sido informados de manera adecuada durante todo el proceso, que previamente se haya tenido en cuenta la competencia del paciente y que tras la comprensión de su situación nos dé su consentimiento para proceder a la sedación. Y en el caso del enfermo incompetente que se haya tenido en cuenta la posibilidad de que tenga registradas sus voluntades anticipadas o, en su defecto, que la familia informada con los mismos criterios que rigen la información al paciente nos proporcione su consentimiento delegado. Todo este proceso debe registrarse en su historial clínico ya que por las especiales circunstancias en las que se produce la sedación no se considera necesaria la suscripción de un documento de consentimiento informado.

En conclusión, la existencia de una enfermedad terminal en la fase final de la vida con síntomas de origen físico, psíquico o espiritual, que generan un sufrimiento insoportable y refractario al tratamiento paliativo integral, es la situación en la que la deliberación sobre las distintas alternativas como la Limitación del esfuerzo Terapéutico (LET), la Sedación Paliativa/en la Agonía, el Suicidio Médico Asistido o la Eutanasia, que llevan a darle una solución sintomática al enfermo en situación de agonía. Las dos últimas opciones están penalizadas en nuestro ordenamiento jurídico, aunque se intenta dar a los pacientes la mejor calidad de vida y encontrar cada vez más soluciones que nos permitan maximizar el nivel de independencia, libertad y comodidad a los pacientes en la medida de lo posible, nosotros los médicos estamos en el deber de buscar y encontrar esa mejor alternativa y llevarla a cabo de la manera más profesional posible.