



Mi Universidad

Resumen

Nombre del Alumno Zahobi Bailon Peralta

Nombre del tema Eutanasia y Sedacion Paliativa

Parcial cuarto parcial

Nombre de la Materia Medicina paliativa

Nombre del profesor Agenor Abarca Espinoza

Eutanasia: Aspectos éticos controversiales*.

RODRIGUEZ CASAS Rómulo César

La vida constituye un valor superior y es la base de sustentación para todos los demás valores.

La muerte como episodio final de la vida, es un evento tan natural y frecuente como el nacimiento. Como fenómeno biológico y como proceso clínico debería tener su lugar en la formación y en el bagaje de conocimientos del médico. Sin embargo, esto no es siempre así, con frecuencia el profesional de la salud se encuentra no preparado psicológicamente y médicamente para manejarlo, haciendo que su actuación en muchos casos no beneficie al paciente (1).

En tiempos pasados, la mayor parte de las personas morían en casa, en medio de sus seres queridos, con atención religiosa, sabiendo que iban a morir y con todas las facilidades para tomar las decisiones pequeñas o grandes. La ciencia y la tecnología médica, a cambiado la forma de morir que era tradicional, hoy la muerte se ha "hospitalizado", produciendo una involuntaria deshumanización de la medicina (2).

La palabra eutanasia proviene de las voces griegas eu = bueno y thanatos = muerte, "Buena muerte". Este término a evolucionado y actualmente hace referencia al acto de acabar con la vida de otra persona a petición suya, con el fin de minimizar el sufrimiento (3).

Dentro de la concepción de eutanasia, es conveniente diferenciar primeramente lo concerniente a:

1. Eutanasia voluntaria activa: Es sinónimo de matar. El médico accede al pedido explícito de un paciente competente, de realizar un acto que causa la muerte del mismo, la cual se produce usualmente inmediatamente, después de terminarlo. La acción del médico es tanto necesaria como suficiente (4,5)

2. Eutanasia voluntaria pasiva: Es el dejar morir. Es cuando el médico responde al pedido de un paciente competente de no aceptar un tratamiento ha sabiendas que al hacerlo, el enfermo morirá más rápido que si el médico no hubiese aceptado la solicitud y hubiera iniciado o continuado dicho tratamiento.

A esta forma de eutanasia se le describe como rechazo o interrupción de medidas de apoyo vital.

3. Suicidio asistido (por el médico): El médico provee de medicina u otras intervenciones a solicitud implícita de un paciente competente, comprendiendo que este intentará usarlas para cometer suicidio. La muerte no es el resultado directo de la acción médica, pues su participación es un componente necesario, pero no suficiente (4,5).

* Monografía de Doctorado en Medicina.
Tutor: Dr. Raúl León Barúa.



En la evolución histórica de la eutanasia vemos como en Grecia y en la Roma Antigua era frecuente que los enfermos sin cura se quitaran la vida o que incluso el médico les administrase veneno con ese fin (6). Posteriormente con la denominada Escuela de Cos, cuyo mayor representante fue Hipócrates; se inicia el estudio científico de la medicina y además sus miembros establecieron ciertos principios para la práctica de la medicina, que quedó plasmado en el juramento hipocrático, en el que juraba defender la vida, incluso la del moribundo.

Más adelante, el surgimiento del cristianismo ayudó a reforzar la tendencia hipocrática de respetar la vida y convirtió el rechazo a la eutanasia en tendencia mayoritaria.

En las últimas décadas del siglo pasado y en las primeras del presente, surgen teorías como la degeneración innata, el Darwinismo Social, exponen que hay unas vidas que no merecen vivirse, mencionando entre éstas, a los enfermos terminales, enfermos mentales, niños deformes, sociópatas, alcohólicos, etc. Como bien sabemos, el nacional socialismo alemán llevó a la práctica algunos de estos argumentos, terminando con el terrible genocidio judío, haciendo de la eutanasia un derecho del estado sobre la vida de los individuos.

En las décadas siguientes surgen algunas entidades en pro de la legislación de la eutanasia, como algunos intentos aislados, pero no es hasta la década de los 70 que surge en Holanda un movimiento de opinión pública que apoya la posición de los galenos que cometían eutanasia (4,7).

Es a partir de ese momento y con el auge en los años siguientes que ha venido a tener el derecho de autonomía, dentro de la ética médica, que los movimientos a favor de la eutanasia han surgido con mayor fuerza y su intento por lograr la legislación de la eutanasia en los diferentes países, ha sido cada vez más intenso; incluso en muchos de ellos, apoyados por una fuerte corriente de opinión pública. Sin embargo, hasta el momento la eutanasia, no ha sido legalizada en forma completa y total en ningún país del mundo; es cierto, que en algunos se han dado ciertas legislaciones "permisivas" (por ejemplo Holanda), en otros incluso se ha dado marcha atrás en algunos aspectos que habían sido permitidos (por ejemplo Australia), esta "falta de legalidad", a mi modo de ver refleja los grandes problemas y controversias éticas que hasta el momento no han podido ser del todo dilucidadas.

Es por ello, que en Derecho y Ética suelen darse casos de derechos conflictivos. El derecho de una per-

sona, cómo y cuándo morir (autonomía) parece entrar con colisión con otros valores significativos, como la salvación y la prolongación de la vida humana. En los conflictos morales, los que deciden los tribunales, no se resuelve el asunto moral conflictivo, pero los argumentos y las cuestiones que se invocan en las disputas jurídicas, reflejan las dimensiones éticas del problema (2).

En el presente trabajo intento exponer y dar alguna visión sobre algunas controversias y problemas éticos acerca de la eutanasia, por supuesto no es mi intención, ni mucho menos llegar a conclusiones a una problemática aún vigente para la humanidad; en todo caso esto intentará dar un punto de vista personal al respecto.

En todas las definiciones de Eutanasia que se han dado con anterioridad, se menciona a la competencia del paciente como un elemento que se hace la diferencia. Es por ello que desde el punto de vista ético, la eutanasia activa estaría permitida si se hace con el consentimiento pleno y claro del paciente, el cual es autónomo y por ende dueño de su vida (4).

Es en las últimas tres décadas que este principio de autonomía a desplazado a la beneficencia, como primer principio de la ética médica. Esto ha sido la reorientación más radical ocurrida en la larga historia de la tradición hipocrática. Como resultado de ello la relación entre el médico y el paciente es ahora más franca y abierta, y en ella se respeta más la dignidad de los pacientes (8).

Pero esto a su vez, significa que cuando todo los seres humanos que componen un grupo social viven de forma adulta y autónoma, hay mucha probabilidad, de que no solo en el mundo de la política, sino también en el de la moral y el de la religión, mantengan posiciones diferentes. De aquí derivaban dos consecuencias: La primera, que una sociedad basada en la libertad y la autonomía de todos sus miembros ha de ser por necesidad plural y pluralista, es decir que sus miembros no sólo tendrán opiniones políticas religiosas, morales, etc. distintas, sino que además se comprometerán a respetar las de todos los demás, a condición de que también éstos respeten las suyas. La segunda consecuencia es que además de plural esa sociedad deberá de ser secularizada, ya que resultará prácticamente imposible lograr la uniformidad en materia religiosa (9).

El principio de autonomía tiene su equivalente en lo que otros han dado en llamar el concepto de "Libre albedrío", esto es, la libertad y capacidad plena para decidir nuestras acciones y plasmar nuestra conducta; en pocas palabras, la facultad de autodeterminación, pero

esta libertad, a su vez ya tendría sus bases en la evolución de la vida y por ende, éste "libre albedrío" ya estaría condicionado en parte en las personas, por hechos evolutivos (10,11).

Es en base a aquellos y otros aspectos que se ha dicho que la autonomía tiene restricciones internas y externas que pueden impedir las decisiones y acciones autónomas.

En las primeras se incluyen por ejemplo disfunciones cerebrales, traumatismos o falta de lucidez mental; mientras que en la segunda algunos hechos externos como la coerción, el engaño físico y emocional o la privación de información indispensable, hacen que la persona si bien tiene capacidad de autogobierno, no la pueda emplear en una acción autónoma.

El derecho moral del paciente al respeto de su integridad y autonomía, no es absoluto. Cuando ese derecho entra en conflicto con el de la integridad de otras personas surgen varias limitaciones. Una de ellas es el derecho del médico, como persona a su propia autonomía. El paciente no puede violar la integridad del médico como persona, si por ejemplo éste se opone por razones morales a la eutanasia; no se puede esperar que respete la autonomía del paciente y reprima su propia integridad. Esto en el futuro, se convertirá en un asunto de importancia cada vez mayor, a medida que se legalicen los procedimientos debatibles por razones morales, como la eutanasia voluntaria o el suicidio asistido. Sin embargo, pienso que ninguna norma legal podrá obligar al médico a condicionar o renunciar a sus principios éticos es decir a su integridad. Porque como sabemos, las normas legales son expresión de un momento o circunstancia política, social o económica, por lo tanto pueden ser cambiantes de acuerdo al tiempo o la circunstancias que primen en ese momento; Por el contrario los principios y normas éticas tienen una trascendencia mayor en la integridad de las personas.

Por ello, tanto el médico como el paciente están obligados a respetar la integridad de la otra persona y ninguno puede imponer sus valores al otro.

Llevado a sus últimos extremos, el derecho de autonomía moralmente justificable, podría minar el carácter comunitario de la existencia humana. La autonomía convertida en un derecho absoluto, conduce al atomismo moral, al privatismo y a la anarquía. Los seres humanos, son animales sociales y no pueden realizarse sino en las relaciones sociales. La comunidad en que reside el paciente tiene también sus derechos morales. Esta dimensión comunitaria de la ética médica, está en peligro de verse comprometida si el impulso dado actualmente a la autonomía, no se modula y equilibra

de acuerdo con los derechos morales de las otras personas y la comunidad (12).

Por todo lo anteriormente expuesto, es que concuerdo con Pellegrino, cuando menciona que muchas de las deficiencias morales del concepto y principio de la autonomía, mejoran cuando consideramos el concepto más fundamental de integridad de las personas, del que la autonomía es una expresión parcial e incompleta.

La integridad es un concepto más complejo que el de autonomía. La integridad abarca la autonomía porque la pérdida de ésta impide que se obre como ser humano intacto y completo. Sin embargo, la autonomía no es sinónimo de integridad de la persona, ya que la integridad incluye la totalidad fisiológica, psicológica y espiritual del individuo. La autonomía es una capacidad de la persona total, pero no es el total de las capacidades de una persona. Podemos resumir las diferencias entre la autonomía y la integridad del siguiente modo: La autonomía es una capacidad inherente al hecho de ser persona racional. Es algo que tenemos o poseemos. Si no hemos desarrollado nuestra capacidad para emitir un juicio racional carecemos de autonomía y podemos perder la que tengamos al perder esa capacidad racional. Podemos disponer de varios grados de autonomía, según la interacción de impedimentos internos y externos en el funcionamiento de nuestra capacidad para elegir y actuar con autodeterminación. En esas circunstancias, nuestro derecho a la autonomía se puede trasladar a las decisiones de un sustituto moralmente válido o ha un documento tal como un testamento de vida, un poder notarial duradero o una orden médica. La transferencia de nuestra autonomía es una violación de una parte importante de nuestra humanidad, aunque no nos priva de nuestra condición de seres humanos.

Por otra parte, la integridad, es un asunto de existencia.

Es un atributo de todos los seres humanos, en pleno uso de sus facultades o no, adultos o niños, conscientes o inconscientes. No admite grados, ni se puede perder.

La integridad no es algo que tenemos, es parte de nuestro ser como humanos. No se puede transferir a nadie. Violar nuestra integridad es violar todo nuestro ser como criaturas humanas (12,13).

Desde este punto de vista, la restauración de la integridad de la persona, es la base moral de la relación del médico con el paciente.

Los principios de intimidad, autonomía y respeto a la integridad de la persona, son necesarios pero no totalmente suficientes para preservar la integridad de la

persona enferma en la transacción médica. Lo indispensable es la persona de integridad, la persona de entereza moral que respete los matices y las sutilezas del derecho moral a la autonomía. Por tanto el médico debe ser una persona que tenga la virtud de la integridad, una persona que no solo acepte el respeto de la autonomía de otros como principio o concepto, sino también en la que se puede confiar para que interprete su aplicación con la máxima sensibilidad moral. El médico nunca debe olvidar que automáticamente es un cómplice moral de cualquier política, acto o decisión que ponga en peligro la integridad y autonomía del paciente.

Por estas razones para tomar decisiones moralmente justificables, la decisión no debe ser tomada por el médico en lugar del paciente ni por éste independientemente del médico o de la comunidad. Desde el punto de vista fenomenológico, estos elementos de una decisión médica son inseparables. La condición moralmente óptima es aquella en la cual la decisión proviene del médico y del paciente. Por su parte, el médico debe tomar la decisión "por y con el paciente"; "por" no significa "en lugar del paciente", sino "por sus intereses".

Esta formulación preserva el derecho legal a la intimidad, el derecho moral a la autonomía y el derecho moral profundo a la integridad de las personas (12,13).

A pesar de todos los argumentos éticos antes mencionados, en la práctica cuando un paciente con enfermedad terminal acompañada de gran sufrimiento, decide someterse a la eutanasia, es muy difícil saber con certeza si el paciente está en capacidad de dar un consentimiento informado y pleno para tomar una determinación libre, de tal importancia.

Ante esta situación, cabe preguntarnos: ¿Si cómo médicos, hemos agotado todas nuestras capacidades ante el paciente? ¿Acaso estamos emocionalmente mal preparados para aceptar la muerte, cuando esta es inevitable? ¿Hemos realizado un manejo integral y racional de nuestro paciente terminal?.

El paciente terminal que adopta la eutanasia como último recurso para librarse del sufrimiento, en muchas ocasiones tiene comprometido su psiquismo, se deprime, puede alterar aún su raciocinio y por lo tanto disminuir su capacidad de elección; si tratamos su depresión y estado psicológico es posible que mejore su actitud mental desapareciendo las ideas de autodestrucción. De la misma manera si tratamos adecuadamente el dolor y la sintomatología de estos pacientes podremos haberles dado una gran ayuda (10).

Todas estas medidas al llevarse a cabo en el paciente terminal es lo que se ha denominado el cuidado paliativo óptimo, que es obligación y deber del médico conocerlo, enriquecerlo y practicarlo; pues no se trata de la administración mecánica y automática de medicación sintomática, o medidas de rutina o de tipo empírico, sino que por el contrario se trata del cuidado integral, multidisciplinario racional y comprometido de un ser humano en la etapa más crítica de su relación con el profesional médico.

Al respecto la organización mundial de la salud a propuesto 7 puntos en el cuidado paliativo, que redondean la idea del cuidado integral:

1. Cuidado activo y total.
2. Manejo multidisciplinario de la calidad de vida.
3. Control de los síntomas.
4. Mantenimiento de la función.
5. Soporte psicosocial y espiritual.
6. Soporte espiritual de la familia.
7. Atención integral del fin de la vida. (1)

Al final el médico debe distinguir claramente entre prolongar la vida y prolongar la muerte, si lo primero tiene sentido lo segundo no. El médico necesita mucha ecuanimidad para evaluar que debe hacerse o que no, buscando siempre el bien del paciente. El médico bueno, no es el que "hace hasta lo último" por el paciente; en medicina hay que saber hacer y no hacer, los "encarnizamientos terapéuticos" no tienen sentido (14).

Otro aspecto controversial es sobre el concepto de "calidad de vida" en los pacientes terminales, el cual arrastra consigo una carga de subjetivismo y un riesgo de arbitrariedad, que lo convierte en un tema bioético incómodo (13).

La calidad de vida solo es dimensionado en toda su magnitud por el propio paciente. Es por tanto difícil determinar la "calidad de vida de una persona", porque contiene un elemento subjetivo que difiere de una persona a otra y hasta puede variar en una misma persona de un momento a otro. Por estas consideraciones, es que se ha intentado incluso cuantificar la calidad de la vida, mediante el empleo de fórmulas; pero esto no ha hecho más que hacer aún más obvias las distorsiones y discriminaciones que se producen, prejuzgando a favor de los jóvenes, de los que tienen menos lastres hereditarios y en general, de lo social y económicamente privilegiados (13).

Por ello fundar la decisión de un tratamiento en "la calidad de la vida" es éticamente más problemático que fundarlo en hechos objetivos referidos al pronóstico y

evolución de la enfermedad. Pese a la incertidumbre de hacer predicciones respecto a la evolución de un paciente, esta tarea se basa en información objetiva. Todas las cuestiones científicas tienen un grado de incertidumbre sus verdades son probabilísticas, antes que absolutas, pero la falta de certeza no hace que tales hechos sean menos objetivos.

Por último no debe confundirse la "calidad de la vida" con el concepto de "valor de la vida", pues si la calidad es variable, el valor de la vida humana no lo es y siempre será independiente de la circunstancias. (14,15)

En relación al uso de medios ordinarios y extraordinarios en el paciente terminal, esto también ha generado algunas posiciones disímiles. Se ha dicho que para no faltar a la ética médica deben usarse los medios ordinarios, pero no hay obligación de usar los extraordinarios (16).

Pero en la práctica es muy difícil separar unos de otros, pues lo que antes fue extraordinario puede resultar en el presente ordinario, es decir que estos conceptos pueden cambiar circunstancialmente en el tiempo y lugar. Por ello en bioética los conceptos de ordinarios y extraordinarios, suplantaron a los de proporcionados y no proporcionados.

Hay 4 criterios que pueden servir para clasificar un recurso de extraordinario o no proporcionado para un paciente:

1. El sufrimiento que produce no compensa el beneficio buscado para el enfermo.
2. El beneficio obtenido no tiene significancia, si se evalúa dentro de la salud total del paciente.
3. El recurso tiene bajo porcentaje de efectividad.
4. El paciente, la familia, o la sociedad debe hacer una gran erogación para obtener el recurso (14)

Acordar el cese de medidas extraordinarias o desproporcionadas de mantención vital o suspender todo tratamiento cuando ya se ha restaurado el proceso de muerte, no son realmente concesiones hechas al movimiento pro-eutanasia, ya que no se dan los elementos básicos de un acto eutanático: falta la voluntad explícita y ratificada del paciente, y no se está realmente decidiendo la omisión o intervención que transforme una situación de vitalidad desesperada en uno de muerte

acelerada (13).

La gama de aspectos o cuestiones éticas controversiales en relación a la eutanasia, es por supuesto más amplia y vasta, de lo que me he referido. Mi intención ha sido sólo ocuparme de algunos de ellos, que a mi juicio son los más relevantes. La discusión y la confrontación al respecto queda abierta y deberá llevar a enriquecer las decisiones que en el futuro adopte la sociedad en su conjunto.

Mientras tanto, el médico debe empezar a asumir plenamente el rol que la sociedad le ha asignado en el cuidado del paciente, rol que incluye su activa participación en el proceso que antecede al final de la vida y durante el acto de morir.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Solidoro A. El Médico. La Muerte, y el Morir. Rev. Diagnóstico 1999; 38(1): 36-42.
2. Carrasco AM, Piskorz S. XVI Jornadas Nacionales de Derecho Civil. Comisión N° 9. Ética y Derecho Civil. "Reflexiones para la muerte digna y los proyectos de ley en nuestro país - Argentina" - Internet.
3. Euthanasia and physician Assited Suicide. Internet.
4. Montori V. Medicina Ethica et Thanatos. Universidad Cayetano Heredia. Lima. 1996.
5. Bernat J, et al. Patient Refusal and Hydration and alternative to Physician - Assisted or Voluntary Active Euthanasia. Arch Intern Med 1993; 153:2723-28.
6. Emanuel EJ. The History of Euthanasia Debates in the United States and Britain. Ann Intern Med 1994; 121:793-802.
7. Miles SH et al. Race Hygiene and National Efficiency: The Eugenics of Wilhelm Schallmayer. JAMA 1989; 261:300-1
8. Llanos R. Bioética y Humanismo. Diagnóstico 1998; 37(6): 362 - 365.
9. Emanuel E. Euthanasia: Historical, Ethical and Empirc Perspective. Arch Intern Med 1994; 154:1890-58.
10. León Barúa R. Bases Biológicas de la Ética Diagnóstico 1998; 37(5): 311-316.
11. D.D. Raphael. "Moral philosophy". Oxford University Press. 1994. Pág. 91 - 114.
12. Bioética -Temas y Perspectivas. Publicación científica N° 527-OPS. 1990. Pag. 3-49.
13. Kottow M. Introducción a la Bioética. Obra editada por el Centro Interdisciplinario de Bioética de la Universidad de Chile con el Auspicio del Programa Regional de Bioética de la OPS. 1995. Pág. 91 - 114.
14. Vélez LA. Ética Médica. Correo. 1996.
15. Cruz PA. Algunas consideraciones en torno al derecho a la vida y la eutanasia. Internet.
16. Declaración de la Comisión Central de Odontología de la OMS. Sobre la Eutanasia. Universidad de Navarra Departamento de Bioética. Marzo 1986.

Sedación paliativa

Palliative sedation

Clementina Acedo Claro^a , Bárbara Rodríguez Martín^b

^aUnidad de Cuidados Paliativos. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo (España).

^bEquipo de Soporte de Cuidados Paliativos. Hospital San Agustín de Linares. Jaén (España).

RESUMEN

Muchos enfermos, al final de su vida, padecen un sufrimiento intenso en el contexto de síntomas refractarios (aquellos que no pueden ser adecuadamente controlados con los tratamientos disponibles, aplicados por médicos expertos). La sedación paliativa es la disminución deliberada del nivel de consciencia del enfermo, con el objetivo de evitar un sufrimiento insoportable causado por uno o más síntomas refractarios. Debe cumplir una serie de requisitos para ser considerada una práctica ética y lícita, como son: la intención de aliviar el sufrimiento, una valoración correcta del sufrimiento y síntomas que lo provocan, la obtención del consentimiento informado y el uso de los fármacos indicados y a las dosis adecuadas. Puede realizarse bien en ámbito hospitalario, bien en domicilio, según preferencias del enfermo, siendo en este último caso la vía subcutánea la de elección. El fármaco de primera línea es el midazolam, tanto intravenoso como subcutáneo, y en el caso de que el síntoma principal sea el delirium utilizaremos la levomepromacina. La sedación puede plantearse de forma intermitente o continua. Es imprescindible una monitorización del enfermo sedado, tanto del nivel de sedación adquirido como de signos o síntomas de sufrimiento, y un acompañamiento de la familia.

Palabras clave: sedación paliativa; cuidados paliativos; hipnóticos y sedantes

ABSTRACT

Many patients who are nearing the end-of-life suffer from intense anguish in terms of refractory symptoms, those that cannot be adequately controlled with the available treatments provided by expert doctors. Palliative sedation is the deliberate lowering of the patient's depth of consciousness to avoid unbearable anguish caused by one or more refractory symptoms. It must meet multiple requirements to be considered an ethical and legal practice, such as the intent to relieve anguish, proper evaluation of the agony and the symptoms that cause it, the obtaining of informed consent and the use of the indicated drugs at the appropriate dose. Depending on the patient's preferences, this can be performed either in an inpatient environment or at home, where the subcutaneous route is the method of choice. The first-line drug is midazolam, administered both intravenously and subcutaneously. If the patient

experiences delirium as the primary symptom, levomepromazine will be administered. Sedation may be considered intermittently or continuously. It is essential to monitor the patient under sedation, both the depth of sedation acquired and the signs or symptoms of anguish, and to support the family.

Keywords: Hypnotics and Sedatives; Palliative Care; Palliative Sedation

«El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Cuando ya no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aun cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida» (Código de deontología médica, 2011).

INTRODUCCIÓN

En nuestra sociedad hay una demanda creciente de una atención sanitaria de calidad, que posibilite a los pacientes una vida y una muerte dignas y les evite el sufrimiento innecesario. Muchos enfermos al final de su vida padecen un sufrimiento intenso. 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 refractarios¹.

Aunque no en todas las definiciones de consenso actual se recoge el término de proporcionalidad, sí es ampliamente repetido en las últimas directrices que la disminución de conciencia deberá ser solo en grado suficiente para conseguir el alivio deseado y nunca más allá de lo estrictamente necesario².

No existe evidencia de que la administración de sedación proporcional acorte la vida, ya que varios estudios retrospectivos no mostraron diferencias en la supervivencia entre los pacientes sedados y no sedados en las últimas semanas de vida^{3,4}.

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 temporalidad⁵:

- 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 intensidad²:

- 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**¹, 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 condiciones²:

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 síntoma, tratamientos instaurados y resistencia a estos.
 3. Evaluación interdisciplinar.
 4. Intención de aliviar el sufrimiento: utilización de dosis adecuadas y proporcionadas al síntoma que queremos aliviar (dosis mínima eficaz), ajuste de la dosis al nivel de conciencia, reversibilidad y uso de fármacos de rápida metabolización y vida media.

En la [tabla 1](#) se comparan los aspectos éticos de la sedación paliativa con la eutanasia.

5. Se debe obtener siempre el consentimiento informado del paciente. Este aspecto se desarrollará en el siguiente punto dada su relevancia.

Tabla 1. Comparación de aspectos éticos de la sedación paliativa y de la eutanasia.

	SEDACIÓN PALIATIVA	EUTANASIA
INTENCIONALIDAD	Aliviar el sufrimiento refractario	Provocar la muerte para liberar del sufrimiento
PROCESO	Prescripción de fármacos de forma proporcionada	Prescripción de fármacos a dosis letales que garanticen una muerte rápida
RESULTADO	Alivio del sufrimiento	Muerte

EL CONSENTIMIENTO EN LA SEDACIÓN PALIATIVA

Tomando como referencia la **Ley 41/2002, de 14 de noviembre**, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, se resaltaré que todo paciente tiene derecho a conocer información clara y entendible sobre su proceso de enfermedad y sobre

los tratamientos propuestos. También tiene derecho a no ser informado si así lo desea⁶.

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 ocasionar⁵.

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.

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. El carácter voluntario del consentimiento es vulnerado cuando es solicitado por personas en posición de autoridad o no se ofrece un tiempo suficiente al paciente para reflexionar, consultar o decidir.
- **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.

En el ámbito de la sedación paliativa, pueden identificarse tres situaciones diferentes:

- Una situación crítica que hay que resolver con urgencia, con gran compromiso vital (asfixia, hemorragia): en este caso procede actuar cuanto antes. Si se estima conveniente se puede ofrecer al paciente una información básica y sencilla intentando no aumentar la angustia generada por la propia situación clínica, valorando si es posible la obtención del mismo o utilizando el consentimiento implícito.
- La presencia de uno o varios síntomas refractarios que van consolidándose con el paso del tiempo. En este caso, lo correcto es hacer una planificación anticipada de los cuidados, proponiendo con mucha delicadeza la sedación como una de las opciones si fallan las demás. Puede obtenerse así un consentimiento, explícito al menos verbalmente, y dejar anotado dicho consentimiento en la historia clínica.
- Cualquiera de las situaciones descritas en los dos puntos anteriores en un paciente que no tiene capacidad para decidir por hallarse incapacitado legalmente o por tener alterada su capacidad de juicio. Se explica la situación al familiar de referencia y se obtiene su consentimiento.

PROCEDIMIENTO PARA LA SEDACIÓN

Los fármacos de elección en la sedación paliativa son^{2,5}:

- Benzodiazepinas (midazolam).
- Neurolépticos sedativos (clorpromazina o levomepromazina).
- Anticonvulsivantes (fenobarbital).
- Anestésicos (propofol).

Utilizaremos como guía la escala de sedación ([figura 1](#)):

- 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.



Figura 1. Escalera de sedación.

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)^{2,7}.

La dosis de inducción es aquella con la que queremos conseguir el nivel de sedación adecuado. Se aconseja utilizar bolos de 2,5 a 5 mg/4 h, individualizando la dosis dentro de ese rango en función del estado de consciencia de partida y de la fragilidad del paciente. En el caso de pacientes que hayan desarrollado tolerancia a las benzodiacepinas por tratamientos previos, la dosis de inducción será 5-10 mg^{2,5,7}.

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. Puede repetirse la dosis de rescate tantas veces como se precise hasta alcanzar la sedación, siempre teniendo en cuenta que el inicio de la acción por vía subcutánea requiere de 10 a 15 min, y que la vida media del midazolam puede fluctuar entre 2 y 5 h.

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^{2,5,7}.

Las dosis de rescate serán de aproximadamente 1/6 de la dosis total diaria, y se podrán seguir utilizando durante todo el procedimiento de la sedación^{2,5,7}.

Se aconseja proporcionar al cuidador principal las dosis de rescate cargadas en el domicilio, y entrenar a este para administrarlas. Para ello se puede utilizar jeringas de 10 cm³, cargando los miligramos de cada dosis de rescate por cada 1 cm³; de esta manera tendrán 10 rescates.

Ejemplo:

- Paciente que precisa dos bolos de 2,5 mg para alcanzar el nivel de sedación adecuado. Su dosis de inducción será 5 mg.
- Tras 24 h, además de 5 mg cada 4 h, ha precisado dos bolos extras de 2,5 mg. La dosis total de infusión continua será: (5 mg x 6) + 2,5 mg + 2,5 mg = 35 mg.
- La dosis de rescate, 1/6 de la dosis de infusión, serían 6 mg aproximadamente.

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 lento⁵, repitiendo la dosis cada 5 min hasta alcanzar el nivel de sedación mínimo con el que se logre el control del síntoma refractario. La suma de las dosis que han sido necesarias se denomina dosis de inducción. Dicha dosis de inducción, multiplicada por seis, será la dosis a administrar en infusión continua durante las siguientes 24 h. Las dosis de rescate serán las mismas que la dosis de inducción y se añadirán tantas veces como sean precisas.

Tras 24 h, se calculará el ritmo de la bomba de infusión endovenosa continua en miligramos/hora de la misma forma que se ha propuesto para la sedación subcutánea. Las dosis extras de rescate se pueden seguir utilizando durante todo el procedimiento de sedación.

SEDACIÓN CON LEVOMEPRMACINA 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^{2,5}, intentando rebajar la dosis de midazolam progresivamente en los días posteriores, según sea la respuesta clínica.

Se calcula la dosis de inducción de forma similar a la descrita para el midazolam, pero con dosis iniciales de 12,5-25 mg y utilizando mayor intervalo de tiempo (6-8 h), dado que la vida media de este fármaco es mayor (15-30 h).

La dosis diaria de infusión continua será la suma de las dosis administradas en las primeras 24 h, siendo por lo general esta dosis de aproximadamente 100 mg diarios (4 ampollas).

SEDACIÓN CON CLOPROMACINA 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^{2,5} 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 h a que alcance su concentración plasmática máxima. La dosis total suele ser de 600 mg en el primer día, en perfusión continua subcutánea, ajustando en los días sucesivos hasta alcanzar una sedación adecuada.

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. Generalmente, se comenzará con una dosis de 0,5-1 mg/kg/h intravenosa. Si es necesario, se incrementará 0,25-0,5 mg/kg/h cada 5-10 min hasta alcanzar el nivel de sedación adecuado. Al inducir la sedación, se retirarán las benzodiazepinas y los neurolépticos, así como se reducirá la dosis de opioide a la mitad².

Para incrementar el nivel de sedación más rápidamente, puede administrarse un bolo de dosis, incrementando el ritmo de infusión a 1 mg/kg/min durante 2-5 min.

La monitorización del paciente debe ser estrecha durante la primera hora de tratamiento, tanto en lo que respecta al alivio sintomático como del nivel de sedación. Posteriormente, lo recomendable sería continuar la monitorización a las 2, 6 y 12 h.

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 ([tabla 2](#)), 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.

Tabla 2. Escala de evaluación de la sedación de Ramsay.

1	Ansioso, agitado, incontrolable
2	Ojos abiertos, colaborador, orientado, tranquilo
3	Ojos cerrados, responde a órdenes y a mínimos estímulos
4	Dormido, responde rápidamente a estímulos lumínicos o auditivos
5	Responde a estímulos importantes (aspiración traqueal)
6	No responde a estímulos

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez Sancho M (coord.). Atención médica al final de la vida: conceptos y definiciones [Internet]. Madrid: Organización Médica Colegial; 2015. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/conceptos_definiciones_al_final_de_la_vida/files/assets/common/downloads/Atenci.pdf [Links]
2. Sánchez Correas MA, Cuervo Pinna MA (coords.). Guía clínica de sedación paliativa del PRCPEX (Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura) [Internet]. Mérida: Junta de Extremadura. Disponible en: <http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5Cguia-de-sedacion.pdf> [Links]
3. Maltoni M, Scarpi E, Rosati M, Derni S, Fabbri L, Martini F, et al. Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review. J Clin Oncol. 2012;30(12):1378-83. [Links]

4. Barathi B, Chandra PS. Palliative sedation in advanced cancer patients: does it shorten survival time? A systematic review. Indian J Palliat Care. 2013;19(1):40-7. [[Links](#)]
5. Organización Médica Colegial (OMC). Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guía de sedación paliativa. Cuad Bioet. 2011;XXII(3):605-12. [[Links](#)]
6. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. BOE, núm. 274 (15 de noviembre de 2002). [[Links](#)]
7. Cowan JD, Palmer T, Clemens L. Sedación paliativa. En: Walsh D, coord. Medicina paliativa. Barcelona: Elsevier España; 2010; p. 353-67. [[Links](#)]

RESUMEN EUTANASIA

La muerte como episodio final de la vida, es un evento tan natural y frecuente como el nacimiento. Como fenómeno biológico y como proceso clínico debería tener su lugar en la formación y en el bagaje de conocimientos del médico. Sin embargo, esto no es siempre así, con frecuencia el profesional de la salud se encuentra no preparado psicológicamente y médicamente para manejarlo, haciendo que su actuación en muchos casos no beneficie al paciente. El médico accede al pedido explícito de un paciente competente, de realizar un acto que causa la muerte del mismo, la cual se produce usualmente inmediatamente, después de terminarlo.

La palabra eutanasia proviene de las voces griegas eu

= bueno y thanatos = muerte, «Buena muerte». Este término a evolucionado y actualmente hace referencia al acto de acabar con la vida de otra persona a petición suya, con el fin de minimizar el sufrimiento. * Monografía de Doctorado en Medicina. Es cuando el médico responde al pedido de un paciente competente de no aceptar un tratamiento sabiendo que al hacerlo, el enfermo morirá más rápido que si el médico no hubiese aceptado la solicitud y hubiera iniciado o continuado dicho tratamiento.

A esta forma de eutanasia se le describe como rechazo o interrupción de medidas de apoyo vital. La muerte no es el resultado directo de la acción médica, pues su participación es un componente necesario, pero no suficiente. En la evolución histórica de la eutanasia vemos como en Grecia y en la Roma Antigua era frecuente que los enfermos sin cura se quitaran la vida o que incluso el médico les administrase veneno con ese fin. Más adelante, el surgimiento del cristianismo ayudó a reforzar la tendencia hipocrática de respetar la vida y convirtió el rechazo a la eutanasia en tendencia mayoritaria.

Como bien sabemos, el nacional socialismo alemán llevó a la práctica algunos de estos argumentos, terminando con el terrible genocidio judío, haciendo de la eutanasia un derecho del estado sobre la vida de los individuos. En las décadas siguientes surgen algunas entidades en pro de la legislación de la eutanasia, como algunos intentos aislados, pero no es hasta la década de los 70 que surge en Holanda un movimiento de opinión pública que apoya la posición de los galenos que cometían eutanasia. Es por ello, que en Derecho y Ética suelen darse casos

de derechos conflictivos. El derecho de una persona, cómo y cuándo morir parece entrar con colisión con otros valores significativos, como la salvación y la prolongación de la vida humana.

En los conflictos morales, los que deciden los tribunales, no se resuelve el asunto moral conflictivo, pero los argumentos y las cuestiones que se invocan en las disputas jurídicas, reflejan las dimensiones éticas del problema. En todas las definiciones de Eutanasia que se han dado con anterioridad, se menciona a la competencia del paciente como un elemento que se hace la diferencia. Es por ello que desde el punto de vista ético, la eutanasia activa estaría permitida si se hace con el consentimiento pleno y claro del paciente, el cual es autónomo y por ende dueño de su vida. Es en las últimas tres décadas que este principio de autonomía a desplazado a la beneficencia, como primer principio de la ética médica.

Como resultado de ello la relación entre el médico y el paciente es ahora más franca y abierta, y en ella se respeta más la dignidad de los pacientes. Pero esto a su vez, significa que cuando todo los seres humanos que componen un grupo social viven de forma adulta y autónoma, hay mucha probabilidad, de que no solo en el mundo de la política, sino también en el de la moral y el de la religión, mantengan posiciones diferentes.

Es en base a aquellos y otros aspectos que se ha dicho que la autonomía tiene restricciones internas y externas que pueden impedir las decisiones y acciones autónomas.

El derecho moral del paciente al respeto de su integridad y autonomía, no es absoluto. Una de ellas es el derecho del médico, como persona a su propia autonomía. Llevado a sus últimos extremos, el derecho de autonomía moralmente justificable, podría minar el carácter comunitario de la existencia humana. La autonomía convertida en un derecho absoluto, conduce al atomismo moral, al privatismo y a la anarquía.

Esta dimensión comunitaria de la ética médica, está en peligro de verse comprometida si el impulso dado actualmente a la autonomía, no se modula y

equilibra de acuerdo con los derechos morales de las otras personas y la comunidad . Por todo lo anteriormente expuesto, es que concuerdo con Pellegrino, cuando menciona que muchas de las deficiencias morales del concepto y principio de la autonomía, mejoran cuando consideramos el concepto más fundamental de integridad de las personas, del que la autonomía es una expresión parcial e incompleta. La integridad es un concepto más complejo que el de autonomía. La integridad abarca la autonomía porque la pérdida de ésta impide que se obre como ser humano intacto y completo.

Sin embargo, la autonomía no es sinónimo de integridad de la persona, ya que la integridad incluye la totalidad fisiológica, psicológica y espiritual del individuo. La autonomía es una capacidad de la persona total, pero no es el total de las capacidades de una persona. Si no hemos desarrollado nuestra capacidad para emitir un juicio racional carecemos de autonomía y podemos perder la que tengamos al perder esa capacidad racional. Podemos disponer de varios grados de autonomía, según la interacción de impedimentos internos y externos en el funcionamiento de nuestra capacidad para elegir y actuar con autodeterminación.

En esas circunstancias, nuestro derecho a la autonomía se puede trasladar a las decisiones de un sustituto moralmente válido o ha un documento tal como un testamento de vida, un poder notarial duradero o una orden médica. La transferencia de nuestra autonomía es una violación de una parte importante de nuestra humanidad, aunque no nos priva de nuestra condición de seres humanos. Los principios de intimidad, autonomía y respeto a la integridad de la persona, son necesarios pero no totalmente suficientes para preservar la integridad de la persona enferma en la transacción médica. Lo indispensable es la persona de integridad, la persona de entereza moral que respete los matices y las sutilezas del derecho moral a la autonomía.

Por tanto el médico debe ser una persona que tenga la virtud de la integridad, una persona que no solo acepte el respeto de la autonomía de otros como principio o concepto, sino también en la que se puede confiar para que interprete su aplicación con la máxima sensibilidad moral. El médico nunca debe olvidar que automáticamente es un cómplice moral de cualquier política, acto o decisión que ponga en peligro la integridad y autonomía del paciente. Esta formulación preserva el derecho legal a la intimidad, el derecho moral a la autonomía y el derecho moral más profundo a la integridad de las personas.

RESUMEN DE SEDACION PALIATIVA

Es la disminución deliberada del nivel de consciencia 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. No existe evidencia de que la administración de sedación proporcional acorte la vida, ya que varios estudios retrospectivos no mostraron diferencias en la supervivencia entre los pacientes sedados y no sedados en las últimas semanas de vida.

De forma específica, podemos hablar de sedación paliativa en la agonía¹, 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.

El paciente debe padecer una enfermedad avanzada en fase terminal.

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.

Tomando como referencia la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, se resaltarán que todo paciente tiene derecho a conocer información clara y entendible sobre su proceso de enfermedad y sobre los tratamientos propuestos. 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. 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.

El consentimiento es el procedimiento médico formal cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente. El carácter voluntario del consentimiento es vulnerado cuando es solicitado por personas en posición de autoridad o no se ofrece un tiempo suficiente al paciente para reflexionar, consultar o decidir.

Esta decisión, por su trascendencia, necesita un máximo de garantías de que responde a la voluntad y al mundo de los valores del paciente. No debe estar basado en las suposiciones del personal sanitario, considerando al paciente como un niño incapaz de tomar decisiones importantes.

Aunque en el caso del paciente con delirium refractario, el fármaco de elección será la levomepromazina. Escalera de sedación.

Ejemplo

Paciente que precisa dos bolos de 2,5 mg para alcanzar el nivel de sedación adecuado. Su dosis de inducción será 5 mg. La dosis de rescate, 1/6 de la dosis de infusión, serían 6 mg aproximadamente

CONCLUSIONES

- Podríamos decir que la eutanasia plantea dilemas éticos en la medicina en la actualidad.
- La autonomía del paciente y la integridad son fundamentales.
- El cuidado paliativo óptimo es esencial en pacientes terminales.
- La calidad de vida y el valor de la vida son conceptos debatidos ya que al denegar el sufrimiento del paciente debatiremos también el sufrimiento de la familia.
- La decisión sobre medios es compleja.
- Los médicos deben equilibrar el respeto por la autonomía y la integridad del paciente.

Sobre sedación paliativa

- No existe evidencia de que la administración de sedación proporcional acorte la vida, ya que varios estudios retrospectivos no mostraron diferencias en la supervivencia entre los pacientes sedados y no sedados en las últimas semanas
- El paciente debe padecer una enfermedad avanzada en fase terminal.
- todo paciente tiene derecho a conocer información clara y entendible sobre su proceso de enfermedad y sobre los tratamientos propuestos. 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