



Mi Universidad

Resúmenes.

Joshua Daniel Mazariegos Pérez.

Resúmenes de eutanasia y sedación paliativa.

Cuarto parcial.

Medicina Paliativa

Dr. Agenor Abarca Espinoza.

Licenciatura en Medicina Humana.

6° semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas a 17 de junio del 2024.

Eutanasia.

La eutanasia sugiere etimológicamente “buena muerte”, en el sentido de muerte apacible, sin dolores. Sin embargo actualmente se entiende por eutanasia aquella acción u omisión, encaminada a dar muerte, de una manera indolora, a los pacientes incurables. Por ello, son características esenciales de la eutanasia, el ser provocada por personal sanitario y la existencia de una intencionalidad supuestamente compasiva o liberadora.

La eutanasia se ha llamado homicidio piadoso, ya que, se indicara en caso de que la muerte se busque como medio para privar al enfermo de los dolores, o de una deformación física, o de una ancianidad penosa.

La eutanasia se puede clasificar en voluntaria e involuntaria, dependiendo si el paciente lo pide o no.

Aunque sea con el consentimiento de la víctima, la eutanasia es siempre provocada por otras personas; por ende, es un homicidio con unas características determinadas. Mientras que si es uno mismo el que se provoca intencionadamente la muerte se habla de suicidio, en estos casos se denomina suicidio asistido, esto puede ocurrir cuando el medico proporciona un fármaco letal al enfermo, pero es el mismo enfermo el que se lo administra.

De igual manera 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.

Sufrimiento medicamente asistido.

Es la ayuda que da un medico a un paciente que quiere terminar su vida, esta se entiende que sin dolor y para poner fin a su sufrimiento, igual que sucede en la eutanasia. En el suicidio medicamente asistido, el medico se limita a proporcionar los medios al paciente para que el enfermo los use por sí mismo.

Acción de terminación de la vida sin solicitud expresada del paciente.

Es la acción con la cual un medico pone fin a la vida de un paciente cuando se considera que la muerte es la mejor solución para resolver su situación, aunque este no puede expresar su voluntad.

Esta acción resulta controvertida, ya que falta el principal elemento por el cual se considera la eutanasia una práctica no éticamente aceptable: la autonomía de la persona para decidir el final de su vida.

Eutanasia pasiva y eutanasia activa.

La eutanasia pasiva se refiere a la muerte que se produce como efecto de la omisión o suspensión de acciones médicas que permitan preservar la vida. 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.

En general, la llamada eutanasia pasiva tiene mayor aceptación desde el punto de vista religioso y social. Se podría decir que se plantea menos problemas morales porque se considera que es la naturaleza la que acaba provocando la muerte del paciente sin que haya intervención directa del médico.

Cuidados paliativos.

Otro punto muy importante es sobre los cuidados paliativos. Este tiene como objetivo apoyar y cuidar a los pacientes en las últimas fases de su enfermedad para que vivan tan plena y confortablemente como se 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. Esto con el fin de maximizar la calidad de vida de los pacientes, por ello, se les da una atención integral que abarca los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

Eutanasia indirecta.

Otra forma de eutanasia es la indirecta, se le ha llamada 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. Esta forma de terminación de la 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 producir la muerte como una consecuencia inevitable. Sin embargo, aun cuando se supone que se trata de una acción médica legítima, en muchas ocasiones, los médicos no dan a sus pacientes el tratamiento paliativo adecuado por miedo de causar indirectamente la muerte y ser acusados de cometer un delito.

Documento de voluntades anticipadas.

Se ha impulsado el uso de este documento para encontrar solución a situaciones críticas que se presentan con cierta frecuencia en las que un paciente adulto se encuentra incapacitado para participar en las decisiones sobre el final de su vida.

Mediante este documento, 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 la que ya no pueden expresar sus deseos y otros deben decidir por ellos.

Ortotanasia, distanasia y adistanasia.

Son términos que no son utilizados en la literatura bioética, pero que valen la pena revisarlos.

- **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 de continuar aplicando tratamientos que solo alargan la existencia, y por tanto, el sufrimiento. Corresponde a lo que se conoce como “encarnizamiento terapéutico” o “ensañamiento terapéutico”.
- **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.

Conclusión.

Para culminar con este tema, es importante recalcar que la *Eutanasia* es considerada como un actuar de sin ética y sin valores. Ya que, como bien se mencionó, en muchas ocasiones, se pasa por alto la autonomía de paciente al decidir sobre cómo quiere ser su final de la vida.

Por ende, como punto personal, puede definir la eutanasia como un actuar del médico que es encaminada a dar muerte de manera inmediata y sin dolor a los pacientes que pasan por un enfermedad incurable o en situación de agonía. En el cual es importante aclarar que este actuar puede estar guiado por el consentimiento del mismo enfermo o por los ideales y compasión del propio médico.

Está claro que en la actualidad la eutanasia se ve como un homicidio piadoso, porque a pesar de que los deseos del enfermo sea el terminar con el sufrimiento por medio de la muerte, en muchas ocasiones la manera en que se provoca puede esta muerte son por medios dudosos.

De igual manera es importante recalcar la clasificación de eutanasia, ya que en muchas ocasiones, la muerte puede ser provocada por un medicamento-droga o por dejar de administrar medidas de soporte que le proporcionan un soporte vital al paciente con la finalidad de extender la vida y por ende, el sufrimiento, por este motivo la eutanasia se clasifica en pasiva y activa.

Por último, es importante aclarar que en muchas ocasiones por medio de los cuidados paliativos se puede llegar a producir una eutanasia indirecta, esto es debido que la administración de ciertos fármacos puede generar como efecto secundario la muerte. Por ello, en muchas ocasiones, los médicos se pueden llegar a abstener al momento de administrar un fármaco adecuado para el tratamiento del enfermo.

Bibliografía.

- Soberón Acevedo, G. (-). Eutanasia, algunos elementos para el debate. *Comisión Nacional de Bioética.*

Introducción.

En el presente trabajo se estará exponiendo de manera detallada lo que es la sedación paliativa, de igual manera, se expondrá de manera concisa algunas definiciones que deberán tomarse en cuenta a la hora de indicar la sedación paliativa en un paciente.

De igual manera, se expondrán los puntos más interesantes sobre el consentimiento informado, ya que como bien se mencionara más adelante, para llevar a cabo este procedimiento de sedación paliativa, es necesario que el paciente y los familiares sean conscientes del procedimiento que se hará.

En cuanto la sedación paliativa, esta se puede definir como la disminución deliberada de la conciencia del enfermo, mediante la administración de los fármacos indicados y a las dosis proporcionadas.

Para poder indicar la sedación paliativa, se debe conocer de igual manera lo que es una enfermedad incurable avanzada, una situación de agonía y un síntoma refractario. Ya que, son en estas situaciones en las que se podrá realizar un proceso de sedación de manera adecuada y conforme a una buena bioética médica.

De igual forma se estará exponiendo sobre el abuso de la sedación paliativa, como esta puede ser utilizada de manera indiscriminada por el equipo asistencial para combatir la falta de conocimiento y competencia para resolver el sufrimiento del paciente.

Y por último, se expondrá de manera detallada los principales fármacos a utilizar en la sedación paliativa, siendo el de primera opción el midazolam, pero si el paciente presenta delirium hiperactivo, el midazolam pasa a ser de segunda línea y en su lugar el levomepromacina se vuelve la primera línea en estos casos. Se debe recordar que en muchas ocasiones el uso combinado de estos medicamentos ha demostrado una mayor efectividad a momento de la sedación. Otros fármacos que se pueden llegar a utilizar son la clorpormacina, el fenobarbital y el propofol. Aunque para este último, se debe de tener especial cuidado ya que puede ocasionar reducción del flujo cerebral y disminución de la presión intracraneal, por ello puede conllevar a un depresión respiratoria; es por esta razón, que al usar propofol el paciente debe ser monitorizado a las 2, 6 y 12 horas, para evitar un depresión respiratoria.

Sedación paliativa.

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

Esta sedación debe seguir siempre el principio de proporcionalidad, siendo el objetivo alcanzar un nivel de sedación suficientemente profundo que será solamente para aliviar el sufrimiento, sin llegar a perjudicar peor manera la situación del enfermo o moribundo.

La sedación paliativa en la agonía es aquella que se administra cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida, y este tratamiento es solo para aliviar el sufrimiento intenso que conlleva el proceso de muerte. Por ello, esta debe ser continua y tan profunda como sea necesario.

Pero además, se debe conocer la sedación intermitente, la cual se pauta de forma transitoria con el objetivo de ser retirada en un plazo de tiempo determinado para reevaluar la persistencia o no del sufrimiento.

Consentimiento informado.

Pero además, este procedimiento debe contar con el consentimiento informado, esta es la conformidad libre de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades, para que se realice una actuación que afecta a su salud.

Esta se fundamenta en la autonomía del paciente, y el cual es el derecho que de ser respetado por el médico. Por ello se debe evitar el paternalismo tradicional, esta se puede definir como la tendencia a aplicar las formas de autoridad y protección propias del padre de familia tradicional a relaciones sociales o de otro tipo; en un contexto más simple, es aquel papel de autoridad que toma algún familiar importante de la familia o el mismo medico con la finalidad de evitar que el paciente acepto o no la sedación paliativa, esto con el argumento de que es para su propio bien.

Y una parte muy importante en este apartado, es la obligación del médico para dar al paciente una información clara y comprensible, aunque estas tienen dos excepciones: la voluntad del enfermo de no ser informado y la necesidad terapéutica (cuando el medico dispone de razones objetivas de que la información puede perjudicar al paciente gravemente en su salud).

Glosario.

Enfermedad incurable avanzada.

- Enfermedad de curso gradual y progresivo, sin respuesta a los tratamientos curativos disponibles, que evolucionara hacia la muerte a corto o medio plazo, en contexto de fragilidad y pérdida de autonomía a progresivas.

Situación de agonía.

- La que precede a la muerte cuando esta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad para la relación y la ingesta, con pronóstico de vida en horas o días.

Síntoma refractario.

- Aquel que no puede ser completamente controlado con los tratamientos disponibles, en un plazo de tiempo razonable. En estos casos el alivio del sufrimiento debe requerir sedación paliativa.

Cuidados paliativos. “buena práctica” medica al final de la vida.

- Son aquellos que proporcionan una atención integral al paciente cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo y es primordial el control de síntomas.

Indicación de la sedación paliativa.

Actualmente se considera como tratamiento indicado para aquellos enfermos con sufrimientos intolerables que no han respondido a tratamientos curativos.

Esta sedación no es aceptable ante síntomas difíciles de controlar, cuando estos no han demostrado su condición de refractarios.

Las causas más frecuentes para la indicación de sedación son: delirium, disnea, dolor, náuseas y vómitos, hemorragia masiva, ansiedad o pánico y sufrimiento existencial, esto siempre y cuando no hayan respondido a los tratamientos indicados y aplicados correctamente durante un tiempo razonable.

Se puede aplicar en situación de agonía, situación de últimas horas de vida, el indicar la sedación puede ser la simple percepción de sufrimiento del paciente, si esta persiste con una dosis adecuada de opioide.

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

Indicación de la sedación paliativa en el sufrimiento existencial refractario.

El sufrimiento existencial se puede entender como “el sentimiento de que la propia vida esta vacía o carente de sentido”. Se trata de un sufrimiento percibido por la persona enferma como insoportable. Son situaciones, que generan conmoción familiar y social y que en algunas ocasiones han alcanzado relevancia mediáticas, con la necesidad de regular la eutanasia o el suicidio asistido.

En el caso de indicar la sedación paliativa, primeramente se debe establecer cuando se puede catalogar el sufrimiento existencial como refractario tributario de tratamiento médico. Por ello, para llegar a este punto, es necesario saber que los cuidados psicológicos y espirituales que proporciona el equipo asistencial para el tratamiento no farmacológico del sufrimiento existencial, no han logrado aliviar este sufrimiento tras un periodo razonable de esfuerzos terapéuticos.

Es por eso, que el sufrimiento existencia puede contemplarse como criterio de indicación de sedación cuando se establezca la refractariedad tras la evaluación de un equipo con experiencia.

Abuso de la sedación paliativa.

En este caso, el abuso se produce cuando los médicos sedan a los pacientes que se acercan al final de su vida con el principal objetivo de acelerar su muerte. De igual manera, puede ocurrir por su uso deliberado en pacientes que no tienen síntomas refractarios, o por el uso intencionado de dosis que superar con creces lo que es necesario para un alivio adecuado.

De igual manera, no es aceptable el uso de la sedación paliativa como una alternativa a la falta de competencia del equipo asistencial para resolver el sufrimiento del paciente.

Procedimiento.

La sedación paliativa se puede realizar en el hospital o en el domicilio, y exige al médico la consolidación de las siguientes circunstancias, que se reflejaran en la historia clínica:

- Indicación: debe haber la existencia de un sufrimiento intolerable causado por síntomas refractarios.

- Obtención del consentimiento del paciente o de sus representantes según se estable la normativa vigente. Es importante que la familia sea consciente del procedimiento; y que el paciente haya cumplido en la medida de lo posible sus deseos y resuelto sus asuntos pendientes.
- Prescripción: emplear fármacos adecuados y a las dosis proporcionadas a las necesidades del paciente.
- Evaluación: debe ser continuada y supervisada por el médico.

En caso de sedación en la agonía, se requiere que los datos clínicos indiquen una situación de muerte inminente o muy próxima.

Implicaciones de los procesos de sedación en los profesionales.

El sedar un paciente no es una tarea sencilla para un profesional. Esto implica reconocer la incapacidad técnica para resolver el sufrimiento de otra forma.

Por ello se recomienda tomar las decisiones en equipo y consultar a otros compañeros en caso de tener la más mínima duda.

Y siempre hay que confrontar entre la opinión del paciente o la familia y el criterio del médico en este asunto, para eso está indicada la consulta urgente a un comité de ética asistencial.

Tratamiento farmacológico.

Los fármacos de elección son benzodiazepinas (midazolam), neurolepticos (levomepromazina o clorpromacina) y otros, como propofol o fenobarbital. En el caso de la sedación paliativa en la agonía se debe retirar fármacos que ya no sean necesarios.

El midazolam es la primera opción, con la excepción de pacientes con delirium hiperactivo, en cuyo caso se podrá usar como primera opción la levomepromacina. El midazolam se puede utilizar por vía subcutánea o endovenosa. La vía endovenosa se reserva para casos de urgencia o para pacientes que ya tienen una vía venosa canalizada.

La levomepromacina se usa como primera opción en caso de delirium refractario. Se puede usar por vía subcutánea o endovenosa. Esta tiene una dosis techo aproximadamente de 300 mg diarios.

- Midazolam por vía subcutánea, dosis de inducción es de 2.5 a 5 mg c/4 h, administrada en bolo. Si tras la dosis de inducción el paciente presenta agitación, o mantiene el síntoma refractario, se debe administrar una dosis de rescate extra igual a la dosis de inducción inicial. Puede repetirse la

dosis de rescate tanta veces como se precise hasta alcanzar la sedación. Tras 24 horas de inducción, se calcula la dosis de infusión continua, sumando todas las dosis (inducción + rescates) administradas en las últimas 24 horas, obteniendo así la cantidad a cargar en un infusor de 24 horas.

- Midazolam por vía endovenosa, la dosis de inducción se calcula administrando entre 1.5 y 3.5 mg en bolo lento, repitiendo cada 5 minutos hasta alcanzar el nivel de sedación mínimo con el que se logre el control del síntoma refractario. La suma de las dosis que se han necesitado se denominan dosis de inducción. Esta dosis de inducción se multiplicara por 6, y será la dosis a administrar en infusión continua durante 24 horas.
- Levomepromacina por vía subcutánea, en el caso de que el paciente este bajo sedación previa con midazolam, debe reducirse la dosis de este fármaco un 50%. La dosis de inducción son de 12.5 a 25 mg, y utilizando mayor intervalo de tiempo (6 a 8 horas). La dosis diaria de infusión continua será la suma de las dosis administradas en las primeras 24 horas, siendo habitualmente esta dosis de aproximadamente 100 mg diarios.
- Clorpromacina por vía endovenosa, se calcula la dosis de inducción también de forma similar al midazolam, con dosis iniciales de 12.5 a 25 mg, utilizando intervalos de 6 a 8 horas. La dosis de mantenimiento suele ser de 12.5 a 50 mg c/ 6 a 8 horas, con dosis techo de 300 mg diarios. Y se contraindicar la vía subcutánea.
- Fenobarbital por vía subcutánea, antes de iniciar la inducción, hay que suspender el tratamiento con benzodiazepinas y neurolépticos, y reducir el tratamiento opioide. La dosis inicial de inducción es de 100 mg y hay que esperar al menos 2 horas a que alcance su concentración plasmática máxima. La dosis total diaria suele ser de 600 mg en el primer día.
- Propofol por vía endovenosa, es recomendable comenzar con dosis entre 0.5 a 1 mg/kg/h IV. Si es necesario, incrementar 0.25 a 0.5 mg/kg/h cada 5-10 minutos hasta alcanzar el nivel de sedación adecuado.

Otros fármacos utilizados son los anticolinérgicos como el n-butilbromuro de hioscina con dosis de 20 a 40 mg c/ 8 horas (IV o SC)

Evaluación y seguimiento.

Tras iniciar la sedación, las recomendaciones a seguir son:

- Revisar periódicamente el nivel de sedación según la Escala de Ramsay modificada o Escala RASS de Richmond.

- Evaluar y dejar constancia en la historia clínica de la evolución: temperatura, secreciones, frecuencia respiratoria y cardiaca, diámetro pupilar.
- Evaluar constantemente el estado emocional de la familia, dejando también constancia en la historia clínica. Proporcionar siempre presencia, comprensión, disponibilidad y privacidad.

Conclusión.

Para culminar con este trabajo es importante recordar que a pesar de que la sedación paliativa es un procedimiento avalado por varias instituciones médicas para su utilización, esta ha estado sujeta a múltiples controversias para su uso, pero eso no implica que deba ser malignizado.

Recordemos que la sedación paliativa implica sobretodo el disminuir el sufrimiento provocado por síntomas refractarios o por una enfermedad avanzada incurable, que como bien se menciona son situaciones en la que a pesar de llevar un tratamiento para estas, la terapéutica no ha sido suficiente para resolver la enfermedad y los síntomas que provocan el dolor y sufrimiento continuo de la persona. Por ello, la sedación paliativa tiene como principal objetivo la disminución deliberada de la conciencia del enfermo, un vez obteniendo el consentimiento informado por parte del mismo paciente o de un familiar.

La sedación paliativa además, debe seguir el principio de proporcionalidad, es decir, siempre se debe alcanzar un nivel de sedación suficientemente profundo para aliviar el sufrimiento, y este nivel debe ser acorde a la dosis indicada y a los fármacos de elección.

Y un punto muy importante a recordar es la definición de síntoma refractario, ya que, la sedación paliativa está indicada especialmente para estos casos; en forma simple, un síntoma refractario, es aquel que no puede ser controlado con los tratamientos disponibles en un plazo de tiempo razonable.

De igual manera, se debe recalcar el uso de la sedación paliativa en el sufrimiento existencial, esta solo deberá ser indicada en caso de que la terapia psicológica y espiritual no hayan logrado aliviar este sufrimiento tras un periodo de tiempo razonable, y por ende, esto puede conducir al paciente a tener un sentimiento de vacío o carente sentido sobre la vida, llevando al enfermo al suicidio.

Por último es importante recalcar que el abuso de sedación paliativa se da de muchas maneras; con la finalidad de acelerar la muerte del paciente o por el uso deliberado en pacientes que no tienen síntomas refractarios. Pero sobretodo, en muchas ocasiones el abuso de esta terapéutica es por la falta de competencia del equipo asistencial para resolver el sufrimiento, por ello, antes de realizar la sedación paliativa, se debe intentar resolver el dolor, sufrimiento y síntomas del paciente por medio de una buena historia clínica y una adecuada prescripción de medicamentos adecuados para la enfermedad del paciente.

Bibliografía.

- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, CGCOM. (2021). Guía de Sedación paliativa. *Organización Médica Colegial de España, OMC.*