



## **Resumen y articulo**

*Llenifer Yaquelin García Díaz*

*Eutanasia y sedación paliativa*

*Parcial 4°*

*Medicina Paliativa*

*Dr. Agenor Abarca Espinosa*

*Licenciatura en Medicina Humana*

*6° semestre*

*Comitán de Domínguez, Chiapas. A 17 de junio del 2024.*

## Resumen: SEDACIÓN PALIATIVA

Dentro del siguiente artículo se tratara sobre la sedación paliativa donde se describirá los tipos de una sedación y las posibles causas o situaciones que debe estar el paciente para tener que recurrir a la sedación, ya que se estima que son pacientes con enfermedades crónicas que necesitan el control del dolor y evitar un sufrimiento innecesario. 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.

### **SEDACIÓN PALIATIVA. CONCEPTO**

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.

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.

### **TIPOS DE SEDACIÓN**

La sedación paliativa se clasifica en tres géneros de los cuales las dos primeras se subdividen en dos más es por ello que se explican de la siguiente manera, según su temporalidad:

- *Sedación continua*: sin períodos de descanso.
- *Sedación intermitente*: permite períodos de alerta. Indicada para ciertos procedimientos, como curas complejas o movilizaciones complicadas, y especialmente indicada para casos de sufrimiento existencial refractario.

Según su intensidad:

- Sedación profunda: no permite la comunicación con el paciente.
- Sedación superficial: permite la comunicación del paciente ya sea continua o intermitente y su profundidad se gradúa para alcanzar el nivel de sedación que logre el alivio de los síntomas.

**Sedación paliativa en la agonía**, que se utiliza cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida para aliviar un sufrimiento físico o psicológico que no ha respondido a otras medidas.

## **INDICACIÓN DE LA SEDACIÓN PALIATIVA. REQUISITOS**

Para que la sedación sea considerada ética y legalmente lícita debe reunir una serie de condiciones:

- 1.- Se plantea ante un síntoma refractario, no ante un síntoma de difícil control.
  - El paciente debe padecer una enfermedad avanzada en fase terminal.
  - No hay posibilidades razonables de otro tratamiento para controlar el síntoma:
    - Por adecuación del esfuerzo terapéutico determinada por el médico.
    - Por rechazo al tratamiento decidido por el paciente, su tutor o familiar
    - 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, ajuste de la dosis al nivel de conciencia, reversibilidad y uso de fármacos de rápida metabolización y vida media.
- 5.- Se debe obtener siempre el consentimiento informado del paciente. Este aspecto se desarrollará en el siguiente punto dada su relevancia.

## **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.

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.

El consentimiento es el procedimiento médico formal cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente. Debe reunir los siguientes requisitos:

- Voluntariedad: los sujetos deben decidir libremente someterse a un tratamiento o someterse a un estudio sin que haya persuasión ni manipulación.
- Información: debe ser comprensible e incluir el objetivo del tratamiento o del estudio, su procedimiento, los beneficios y riesgos potenciales y la posibilidad de rechazar el tratamiento.
- Comprensión: es la capacidad de entender o comprender la información que recibe el paciente.

Tipos de consentimiento:

- Consentimiento explícito: otorgado por el 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.

En el ámbito de la sedación paliativa, pueden identificarse 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.
- La presencia de uno o varios síntomas refractarios que van consolidándose con el paso del tiempo. Puede obtenerse así un consentimiento, explícito al menos verbalmente, y dejar anotado dicho consentimiento en la historia clínica.

## **PROCEDIMIENTO PARA LA SEDACIÓN**

Los fármacos de elección en la sedación paliativa son:

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

Utilizaremos como guía la escala de sedación:

- Primer escalón: midazolam, en general como primera opción. Aunque en el caso del paciente con delirium refractario, el fármaco de elección será la levomepromazina. La clorpromazina también es una primera opción válida.
- El segundo escalón: combinación de midazolam con levomepromazina o clorpromazina intravenosa.
- El tercer escalón: se pautará fenobarbital si el paciente está en su domicilio o propofol si permanece en el hospital.

### **SEDACIÓN CON MIDAZOLAM POR VÍA SUBCUTÁNEA**

Es el método de elección en el domicilio. Se manejarán tres conceptos: dosis de inducción, dosis de rescate y dosis de infusión continua.

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. 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.

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. Se aconseja proporcionar al cuidador principal las dosis de rescate cargadas en el domicilio, y entrenar a este para administrarlas.

### **SEDACIÓN CON MIDAZOLAM POR VÍA ENDOVENOSA**

De utilización en el ámbito hospitalario. En este caso la dosis de inducción se calcula administrando entre 1,5 y 3,5 mg en bolo lento, repitiendo la dosis cada 5 min hasta alcanzar el nivel de sedación mínimo con el que se logre el control del síntoma refractario. 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.

### **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, intentando rebajar la dosis de midazolam progresivamente en los días posteriores, según sea la respuesta clínica.

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. La dosis de mantenimiento suele ser de 12,5 a 50 mg cada 6-8 h, con una dosis techo de 300 mg diarios (12 ampollas).

Está contraindicada la administración de clorpromacina por vía subcutánea.

### **SEDACIÓN CON FENOBARBITAL POR VÍA SUBCUTÁNEA**

De utilización en el ámbito domiciliario. Según la escalera de sedación, utilizaremos el fenobarbital en caso de fracaso con los escalones previos, midazolam o midazolam + levomepromacina.

Al iniciar la inducción con fenobarbital, hay que suspender el tratamiento con benzodiazepinas y neurolépticos y reducir el tratamiento opioide al menos a la mitad de la dosis.

### **SEDACIÓN CON PROPOFOL POR VÍA ENDOVENOSA**

Siempre se llevará a cabo en el ámbito hospitalario.

Se administrará sin diluir, en solución al 1% (10 mg/mL) y a través de una bomba de perfusión endovenosa. 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.

### **EVALUACIÓN DE LA SEDACIÓN**

Consiste en observar y anotar la profundidad de la sedación utilizando una escala adecuada. Generalmente, se usa la escala de Ramsay, que permite evaluar el nivel de sedación que se quiere lograr. 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
- 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.

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

Conclusión:

Como tal la sedación paliativa se caracteriza por inhibir al dolor en cuestiones de enfermedades crónicas donde el dolor se considera insoportable por lo que se es necesario la administración de fármacos a dosis vulnerables cuyo objetivo es la sedación u en otras circunstancias evitar el sufrimiento por medio de estos.

Estos medicamentos suelen ser suministrados por la vía endovenosa ya que al percibir signos de sufrimiento se requiere de una vía rápida para el alivio de este, a su vez el medicamento administrado estará basada en la escala farmacológica con la finalidad de no exceder dosis u obtener efectos adversos desagradables.

Para cada administración de los medicamentos se requiere de un consentimiento por parte del paciente donde este debe ser explícito u implícito, generalmente el primero es por petición del paciente y el segundo es firmado por los familiares o responsables ya que se obtienen más ventajas que riesgos de acuerdo a la situación que se encuentra.

Por otra parte para que el paciente se diga que se encuentra en sedación se utiliza la escala de Ramsey donde al llegar al grado 4 se estima como el inicio de sedación, por lo que al paciente se tiene que conservar en un nivel de sedación entre 5 y 6.

## ***Resumen eutanasia***

En el siguiente apartado se hablara sobre la eutanasia y sobres las diversas situaciones en que esta es tomada en cuenta.

**Eutanasia:** 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 1 de un ser humano que sufre. La definición como tal de eutanasia 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.

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.

Se considera como una acción excepcional una vez que se han agotado todas las formas posibles de ayuda para evitar el sufrimiento del enfermo.

### **Suicidio médicamente 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 médicamente asistido el médico se limita a proporcionar los medios al paciente -como es la prescripción de una dosis letal de medicamentos- para que el enfermo los use por sí mismo. De esta forma, la última acción que causa la muerte la realiza la misma persona que muere.

### **Acción de terminación de la vida sin solicitud expresa del paciente.**

Se le relaciona a 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.

## **Muerte médicamente asistida**

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

### **Eutanasia pasiva y eutanasia activa**

La eutanasia pasiva se refiere a la muerte que se produce como efecto de la omisión o suspensión de acciones médicas que permitirían preservar la vida. Tiene mayor aceptación desde el punto de vista religioso y social. Se podría decir que plantea menos problemas morales porque se considera que es la naturaleza la que acaba provocando la muerte del paciente sin que haya una intervención directa del médico.

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.

Para el médico, el paciente y los familiares es muy importante tener claridad sobre lo que está permitido legalmente. Actualmente no hay claridad al respecto.

### **Cuidados paliativos**

Tienen como objetivo apoyar y cuidar a los pacientes en las últimas fases de su enfermedad para que vivan tan plena y confortablemente como sea posible y encuentren la muerte con dignidad. Debido a que 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. De hecho, muchos pacientes eligen estar en su casa cuando saben que están viviendo la etapa final de su vida.

### **Eutanasia indirecta**

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 eutanasia 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. Es lo que sucede con la llamada sedación paliativa o sedación terminal, mediante la cual se induce al enfermo a un estado en el que pierde la conciencia y un tiempo después sobreviene la muerte.

## **Documento de voluntades anticipadas**

Mediante el documento de voluntades anticipadas, los individuos, cuando son competentes, pueden establecer su voluntad sobre los tratamientos que querrían y los que no querrían que les aplicaran en caso de encontrarse en situaciones muy críticas en las que ya no pueden expresar sus deseos y otros deben decidir por ellos.

## **Ortotanasia, distanasia y adistanasia**

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

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

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

## **Algunas consideraciones importantes**

Los cuidados paliativos pueden evitar muchas solicitudes de eutanasia, pero también tienen límites.

En los lugares en que se permite legalmente la eutanasia los médicos nunca están obligados a aplicarla si consideran que tal acción va en contra de sus valores. Por otra parte, es importante señalar que los mismos médicos que están dispuestos a responder a un pedido de eutanasia deben asegurarse, en cada caso, que el pedido del paciente está justificado. No podrán responder al pedido si consideran que no se cumplen los criterios establecidos legalmente para permitir la eutanasia.

La terminación de la vida de pacientes en estado vegetativo persistente correspondería a una decisión que se ubicaría en una categoría que combinaría algo de la llamada eutanasia pasiva y algo de una acción de terminación de vida sin solicitud expresa.

## Conclusión:

La eutanasia es aquel procedimiento donde el resultado es ponerle fin a la vida, esto de acuerdo a los padecimientos crónicos que persisten en el paciente, se debe tomar en cuenta que este procedimiento consiste en la administración de drogas a dosis letales para conseguir la muerte y consigo dejar el sufrimiento. Por otra parte se conoce la eutanasia pasiva donde se ve relacionada con los cuidados paliativos donde el tratamiento es suspendido para no lo prologar el sufrimiento de la persona, a diferencia de algunos familiares que aún siguen suministrándoles medicamentos con la esperanza de tener en vida a sus pacientes por más tiempo.

Es por ello que los médicos que ejecuten estas acciones deben un documento justificando el por qué se llevara a cabo, así como también si el medico no está de acuerdo puede referir a su paciente con otro médico. También debido a estas situaciones se ha otorgado el documento de acciones anticipadas donde dicho documento nos refiere que dentro de su estado de conciencia y en plena salud mental se realizara las acciones de terminar con su vida de acuerdo a las complicaciones que el presenta.

De acuerdo a un paciente en estado vegetativo se toma en consideración el documento antes mencionado más las opiniones de los familiares y del médico como tal. Si bien la sedación paliativa y la eutanasia van de la mano, la sedación está implicada únicamente en que el paciente deje de sufrir.

Otros puntos relevantes son sobre los tipos de eutanasia, es decir donde se le conoce como suicidio asistido donde el medico proporciona los medicamentos y las indicaciones para que al final el paciente lleve a cabo la eutanasia activa esto por petición de el mismo.

Referencia bibliográfica:

Eutanasia:

(S/f). Gob.mx. Recuperado el 18 de junio de 2024, de <https://conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/eutanasia.pdf>

Sedación paliativa:

Acedo Claro, C., & Rodríguez Martín, B. (2021). Sedación paliativa. *Revista clínica de medicina de familia*, 14(2), 93–97.  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2021000200009](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2021000200009)