



Mi Universidad

Resumen

Bryan Reyes González

Resumen eutanasia y sedación paliativa

4to parcial

Medicina Paliativa

Dr. Agenor Abarca Espinosa

Licenciatura En Medicina Humana

6to Semestre Grupo "C"

INTRODUCCION.

En estos resúmenes hablaremos sobre la **eutanasia** y sobre la **sedación paliativa** que es algo importante en la práctica médica conocer sobre ellos ante la sociedad como también con el individuo.

Eutanasia:

Los avances científicos han permitido curar enfermedades que antes eran incurables; también han proporcionado los medios necesarios para que el hombre y la mujer puedan vivir más años.

Las causas más frecuentes de muerte son las enfermedades crónicas, degenerativas y tumorales como las enfermedades del corazón, las enfermedades cerebro-vasculares o el cáncer, que se presentan en personas de edad, suelen ser progresivas durante varios años antes de la muerte y son susceptibles de diversos tratamientos que prolongan a veces la vida por largos periodos.

Estos hechos han originado una serie de problemas ético-médicos que antes eran impensables.

Los médicos y las enfermeras muchas veces tendrán que hacer uso de sus conocimientos científicos y éticos para enfrentarse con soltura a situaciones de trato con pacientes en estado terminal.

Siendo pues un hecho frecuente la atención sanitaria de los pacientes terminales, generalmente en centros hospitalarios, sorprende la incomodidad del médico y de la enfermera ante este tipo de pacientes.

Por definición la enfermedad terminal está irreversiblemente unida a la muerte; esto implica que médicos y enfermeras, además de administrar los cuidados físicos y psicológicos necesarios, han de esmerarse en evitar el sufrimiento y la inseguridad, así como acompañar hasta el final al enfermo agonizante.

Posteriormente se exponen las actitudes del personal sanitario ante los enfermos terminales.

Sedación paliativa:

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.

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.

RESUMEN.

Eutanasia:

Actualmente se entiende por eutanasia aquella acción eutanasia activa, u omisión eutanasia pasiva, encaminada a dar muerte, de una manera indolora, a los enfermos incurables.

Por los fines perseguidos la eutanasia se llama homicidio piadoso si la muerte se busca como medio para privar al enfermo de los dolores, o de una deformación física, o de una ancianidad penosa o, en una palabra, de algo que mueve a “compasión”.

Por los medios empleados se divide en eutanasia activa (acción deliberada encaminada a dar la muerte) y eutanasia pasiva; en ésta se causa la muerte omitiendo los medios proporcionados necesarios para sostener la vida.

Aunque sea con el consentimiento de la víctima, la eutanasia es siempre provocada por otras personas; es un homicidio con unas características determinadas.

Como ya se ha mencionado, hoy en día, dentro del término “eutanasia” se incluyen conceptos de encontrada significación ética, y es necesario conocer el significado real del mismo, diferenciándolo de otras prácticas perfectamente admisibles desde un punto de vista ético y legal.

No es eutanasia la aplicación de fármacos para aliviar el dolor u otros síntomas en un paciente terminal, aunque ello produzca, indirecta e inevitablemente, un cierto acortamiento de la vida.

Siempre debe procurarse no impedir que el enfermo pueda actuar libremente en la disposición de su última voluntad y en el caso de que los medios usados lleven aneja la obnubilación o pérdida de consciencia, será necesario el consentimiento del enfermo.

Tampoco es eutanasia la omisión o retirada de medios extraordinarios o desproporcionados para prolongar artificialmente la vida de un enfermo terminal, pues está ausente la acción positiva de matar y la posibilidad de una vida natural.

Es el médico consultando en algunos casos límite a otros colegas, o los comités de ética de algunos hospitales, los que deben determinar qué medios se pueden considerar proporcionados y cuáles desproporcionados para un paciente determinado, teniendo en cuenta sus circunstancias concretas.

No obstante, hay una serie de medios que hoy día se consideran habitualmente como ordinarios o proporcionados (la hidratación y la nutrición por boca o sonda nasogástrica son los cuidados básicos mínimos).

A este alargamiento de la vida mediante medios desproporcionados se le conoce con el nombre de “ensañamiento terapéutico” o “distanasia” lo contrario de la “adistanasia”, y puede ser ilícito como señala el Código deontológico.

El “diagnóstico de muerte” es un punto importante ya que, desde que se establece el diagnóstico de muerte clínica, no hay problema de eutanasia, pudiéndose extraer los órganos del cadáver para trasplantes (tras los requisitos legales pertinentes) o retirar la ventilación asistida.

El tipo de enfermos en los que con mayor frecuencia se plantea la eutanasia son los que se hayan en situación terminal; conviene delimitar algunos conceptos al respecto.

Los enfermos incurables terminales son los principales candidatos a la eutanasia; los enfermos curables en estado crítico no presentan mayores dificultades, ya que habitualmente se les dan los cuidados máximos.

Otro concepto es el de estado vegetativo persistente (EVP); los pacientes en este estado pertenecen a la categoría de incurables incapaces, aunque no necesariamente son terminales; son pacientes con una pérdida de conciencia permanente, en coma irreversible.

Un enfermo en situación terminal es aquél en el que se prevé que la muerte es segura y ocurrirá en un plazo no lejano (hasta seis meses, según algunos autores), abandonándose el esfuerzo médico terapéutico para concentrarse en el alivio de los síntomas y en el apoyo tanto al paciente como a su familia.

Sedación paliativa:

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.

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 insostenible 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^{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 tomar en cuenta los tipos de sedación para tener una mejor estancia al paciente que estos pueden ser:

- Sedación intermitente: permite períodos de alerta.

Según su intensidad:

- 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, 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.

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

- 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.

- 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.

Se debe obtener siempre el consentimiento informado del paciente.

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».

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.

- 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.

- 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.

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.

- 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.

PROCEDIMIENTO PARA LA SEDACIÓN

Los fármacos de elección en la sedación paliativa son:

Benzodicepinas (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.

En el caso de pacientes que hayan desarrollado tolerancia a las benzodicepinas por tratamientos previos, la dosis de inducción será 5-10 mg.

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.

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.

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.

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.

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.

SEDACIÓN CON FENOBARBITAL POR VÍA SUBCUTÁNEA

De utilización en el ámbito domiciliario.

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 total suele ser de 600 mg en el primer día, en perfusión continua subcutánea, ajustando en los días sucesivos hasta alcanzar una sedación adecuada.

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.

CONCLUSION.

La eutanasia y la sedación paliativa son dos intervenciones médicas distintas, aunque a menudo se mencionan en el mismo contexto debido a su relación con el final de la vida y el manejo del sufrimiento.

La eutanasia implica la administración intencional de sustancias letales por parte de un médico con el propósito explícito de provocar la muerte de un paciente que sufre de una enfermedad incurable y dolorosa.

La sedación paliativa consiste en la administración de medicamentos para reducir la conciencia de un paciente con el objetivo de aliviar el sufrimiento incontrolable, generalmente en la fase final de una enfermedad terminal.

La sedación paliativa es generalmente aceptada tanto ética como legalmente cuando se realiza adecuadamente.

Es crucial que la sedación paliativa se realice siguiendo directrices médicas claras y con el consentimiento informado del paciente o sus representantes, para garantizar que se administre de manera ética y efectiva.

La eutanasia busca poner fin al sufrimiento mediante la muerte deliberada del paciente, y su aceptación varía ampliamente según el contexto cultural, ético y legal.

La sedación paliativa, por otro lado, se centra en aliviar el sufrimiento sin intención de causar la muerte, y es más ampliamente aceptada en el ámbito médico.

Es esencial que tanto la eutanasia como la sedación paliativa se aborden con sensibilidad, respetando los deseos del paciente, los principios éticos y las regulaciones legales.

BIBLIOGRAFÍAS.

Sedación paliativa

Clementina Acedo Claro^a y Bárbara Rodríguez Martín.

EUTANASIA: CONCEPTO, TIPOS, ASPECTOS ÉTICOS Y JURÍDICOS. ACTITUDES DEL PERSONAL SANITARIO ANTE EL ENFERMO EN SITUACION TERMINAL.

Javier Vega Gutiérrez