



Mi Universidad

Alumna: Lourdes del Carmen Arcos Calvo

Artículos

Parcial: 4to parcial

Materia: Cuidados paliativos

Catedrático: Dr. Abarca Espinosa Agenor

Licenciatura: Medicina humana

Grado: 6to semestre

Grupo: C

Comitán de Domínguez, Chiapas, 17 de junio 2024

Eutanasia, empatía, compasión y Derechos Humanos

RESUMEN

Lo problemático en el estudio de la empatía es su ausencia ante el sufrimiento ajeno. La eutanasia resalta el conflicto moral sobre sufrir o dejar de sufrir frente a una enfermedad irreversible y dolorosa. Analizaré el conflicto que presenta el respeto pleno por el principio de dignidad humana, establecido en el artículo 51 del Código Civil y Comercial de la Nación Argentina, en relación con las directivas médicas anticipadas que impliquen una práctica eutanásica que, en función del artículo 60 del mismo cuerpo legal, se deberán tener por no escritas. Dos preguntas cerradas guiarán el análisis: ¿Menoscaba a la dignidad humana la eutanasia, en su modalidad activa? ¿Resulta justa o injusta la restricción a la autonomía personal en relación a la eutanasia? Finalmente, exploraré el rol de la compasión en la eutanasia.

Palabras clave: empatía; emociones; justicia; autonomía personal; dignidad humana; compasión; bioética; Derechos Humanos

ABSTRACT

What is problematic in the study of empathy is his absence to the suffering of others. Euthanasia highlights the moral conflict about suffering or stop suffering facing at an irreversible and painful illness. I will analyze the conflict that has full respect of human dignity, laid down in Article 51 of the Civil and Commercial Code of Argentina, in relation to advance medical directives that involve a practice euthanasia, according to the Article 60 of the same legal body, should not be written. Two closed questions will guide this analysis in order to reflect on them: Does euthanasia undermines the human dignity, in its active mode? Is it fair or unfair the restriction of personal autonomy in relation to euthanasia? Finally, I will explore what the role of compassion in euthanasia.

Keywords: empathy; emotions; justice; personal autonomy; human dignity; compassion; bioethics; Human Rights

INTRODUCCIÓN

Abordar cualquier problemática relacionada con la empatía requiere comprender qué son las emociones, ya que un proceso de empático implicará imaginar cómo se siente otro ser humano ante una determinada situación.

Martha [Nussbaum \(2001\)](#), bajo un enfoque cognitivo-evaluativo¹, elaboró un cuadro teórico neo-estoico sobre las emociones morales por medio del cual las consideró como estados mentales intencionados, asociados a una percepción de la realidad, subjetiva y contextual, que nos permite efectuar juicios de valor. Dice Nussbaum:

"Teniendo en cuenta el contenido cognitivo-evaluativo se torna fácil ver cómo una sociedad podría afectar el repertorio emocional de sus miembros. Si sostenemos que las creencias acerca de lo que es importante y valioso juegan un rol central en las emociones, podremos rápidamente ver cómo esas creencias pueden perfilarse poderosamente en las normas sociales tanto como en las historias individuales; y también podremos ver cómo el cambio social de las normas puede cambiar la vida emocional."²

Bajo este enfoque³, las emociones dan cuenta de una percepción de la realidad subjetiva, de cómo el sujeto se ve a sí mismo y de cómo ve el mundo; pero también pueden clasificarse en episódicas: referidas a un hecho concreto, e históricas: es decir explicativas de un fenómeno social antecedente. Por ejemplo, el odio que Juan siente por Pedro puede referirse a un evento puntual o puede estar relacionado con el odio que Juan siente por Pedro en tanto miembro de un pueblo originario, o por su adscripción ideológica, o por su fanatismo por cierto equipo de fútbol, o por su clase social, su raza, su religión, etcétera y porque así, probablemente, lo considera también la comunidad a la que pertenece.

Las emociones pueden crear una barrera social o un puente entre seres humanos. Veremos cómo, por medio de la empatía, los seres humanos podemos compartir emociones, aunque no estemos de acuerdo con ciertos principios éticos o con las preferencias individuales del prójimo.

La eutanasia, en tanto práctica médica realizada con la intención deliberada de finalizar la vida del ser humano que sufre una enfermedad dolorosa e incurable, plantea el viejo dilema moral consistente en "morir o dejar morir" en el que intervienen los principios de autonomía personal y dignidad humana en los que se basa el respeto por los derechos humanos.

A continuación, brindaré una definición básica sobre la empatía a la luz de dos enfoques teóricos que discuten sobre su concepción para luego indagar sobre el rol de la compasión en las prácticas eutanásicas. Previo a ello, analizaré el marco jurídico actual de la cuestión que fue incorporado con la reforma del Código Civil y Comercial de la Nación Argentina.

Empatía: enfoques teóricos

Adam [Smith \(1759\)](#) concebía a la empatía como una capacidad humana consistente en colocarse en el lugar de otra persona, que atraviesa una situación específica, e imaginarse lo que siente, compartiendo así sus sentimientos mediante un acto de representación mental.⁴

Sin embargo, las modernas teorías sobre la empatía discuten si dicha representación mental se explica por medio de una respuesta motriz o si es la consecuencia de un fenómeno cognitivo complejo.

Hay quienes reducen el acto de empatía a una cuestión fisiológica, es decir a una respuesta automática de las neuronas que se genera en la corteza cerebral al observar las emociones de otro ser humano y que se registra como sensaciones corporales. Este es el modelo teórico de la empatía como motor, que afirma que la empatía es un proceso que motiva el comportamiento pro-social y que nos previene de causar daño a otras personas: "La ausencia de empatía es característica de psicópatas, quienes dañan a otros sin sentimiento, culpa o remordimiento."⁵ Según este enfoque, el sentido de justicia subyace en la idea de empatía tanto en la interacción individual (familiar, laboral o con extraños) como en el comportamiento pro-social que se da en los campos impersonales económicos y políticos.

Las críticas a dicho enfoque teórico son que, en tanto seres humanos, no empatizamos en todo momento o circunstancia y que la empatía no es una mera respuesta automática e independiente del contexto o del episodio que la genera, sino más bien es un proceso complejo: a) que requiere de nuestra imaginación para experimentar la misma emoción que otra persona, b) que, una vez representada mentalmente, se registra en la consciencia del hecho, del contexto y del sujeto por quien empatizamos y (c) que permite efectuar un juicio de valor sobre la emoción compartida, objeto de empatía, basado en deseos, creencias e intenciones. Este es el enfoque teórico cognitivista, es decir que da cuenta de la empatía como un fenómeno que puede explicarse por todos los factores antes indicados. ([Vignemont, 2006](#)).

La objeción del enfoque biologicista al cognitivista es que la capacidad de conocer el estado emocional de otras personas, incluidas sus intenciones y pensamientos, es distinta que la de experimentar en el propio cuerpo sensaciones a partir de la observación o imaginación de los sentimientos de otra persona; y es allí donde juega un rol central el trabajo cerebral. La neurobiología apoya sus afirmaciones en investigaciones empíricas que escanean la corteza cerebral ante determinados estímulos —simulados— y que obtienen la misma luz o imagen en personas diferentes.

Sin embargo, para el enfoque cognitivista el proceso empático requiere de una instancia superadora del registro corporal como enrojecerse de vergüenza, temblar de miedo o descomponerse del asco; necesita de una capacidad subjetiva de representación mental que implique la imaginación del sufrimiento de otro sujeto y de un juicio de valor sobre la relevancia de ese sentimiento debido a tal o cual situación. Todos esos factores construyen el objeto de conocimiento del proceso empático. Sumado a ello, bajo este enfoque cognitivo, no es necesario que haya un vínculo estrecho, cercanía o afinidad con quien empatizamos porque lo que mueve a empatizar es la circunstancia específica del sufrimiento ajeno y no el vínculo en sí. En consecuencia, la observación es contingente. Es decir, por ejemplo, podríamos empatizar con el sufrimiento de una persona que se encuentra privada de su libertad y que desconocemos personalmente pero podríamos no empatizar con el sufrimiento de un familiar que se encuentra agonizando.

Las circunstancias o episodios desgraciados activan la representación en primera persona de lo que otro ser humano siente, pero los vínculos personales pueden o no movilizar a la empatía respecto de quien sufre, puesto que la interacción personal genera desgastes y enfriamientos que la interacción social, en principio, permea justamente a raíz de la distancia. La empatía concebida como una capacidad humana cognitiva, entonces,

permite unir a personas física, social o culturalmente separadas, mediante un acto individual, subjetivo, de representación mental sobre el sufrimiento, situación y contexto de otro sujeto.

Por otra parte, la representación mental no necesariamente requiere ir acompañada de un registro corporal: puedo compartir tu enojo sin que se me mueva un pelo, es más puedo permanecer años enojada sin ninguna manifestación corporal.

Lo que no cabe dudas es que para ambos enfoques la imaginación juega un rol central. Puedo imaginarme la indignación que alguien en particular puede sentir ante una situación de injusticia o de castigo social; puedo imaginarme la nostalgia que alguien puede sentir ante la pérdida de un ser querido; puedo representarme el dolor y la pena que una persona puede experimentar antes de ser sometida a una operación que pone en riesgo su vida. La lista será infinita, como tantas situaciones desgraciadas puedan existir.

Por lo tanto, ya sea que se conciba a la empatía como una respuesta somática o como un proceso cognitivo, ambos enfoques resultan compatibles entre sí puesto que comparten un punto de vista sobre la representación mental sobre el sufrimiento ajeno.

Sin embargo, existe consenso en el debate sobre la empatía en que, más allá del enfoque teórico que se adopte, la misma no es problemática en la interacción social sino su ausencia: es decir la falta de empatía ante el sufrimiento ajeno. Esto ya lo advirtió Adam Smith en su teoría sobre los sentimientos morales:

"El parecer indiferente ante el regocijo de quienes nos rodean sólo es una falta de cortesía, pero no adoptar una expresión seria cuando nos cuentan sus desdichas es una verdadera y crasa falta de humanidad."⁶

De tal modo, el acto de empatía ante el sufrimiento, desgracia o desdicha ajena es compatible con un sentido ético de humanidad y su ausencia podría inscribirse, al menos, en un acto de crueldad. Desde este lugar indagaré el rol que la compasión podría desempeñar en las normas y políticas de salud sobre eutanasia.

Eutanasia y Derechos Humanos: autonomía personal y dignidad humana

En este apartado analizaré la tensión que introdujo la reforma del Código Civil y Comercial de la Nación Argentina, en adelante CCCN, en la relación entre la eutanasia y el respeto por los derechos humanos que puso sobre la mesa de debate el dilema moral entre "matar o dejar morir".

Todas las declaraciones y tratados internacionales sobre derechos humanos, es decir, que promueven, protegen y garantizan la vida, condiciones y calidad de vida del ser humano se basan en los principios universales de igual valor y dignidad humana, en la autonomía personal y en el respeto por la diversidad cultural. El abordaje de la eutanasia pone en tensión, principalmente, los principios de autonomía personal y dignidad humana. Dos interrogantes cerrados guiarán esta exploración:

1. ¿Es justa o injusta la restricción legal a la autonomía personal en relación a la eutanasia?
2. ¿Menoscaba al principio de dignidad humana la eutanasia, en su modalidad activa?

Antes de analizar estos conflictos de valores al final de la vida, revisaré qué es la eutanasia y cuál es el alcance de los principios mencionados que, obviamente, exceden a cualquier corpus jurídico.

Según la Declaración sobre la Eutanasia, de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, el significado del término se refiere a la conducta (acción u omisión) intencionalmente dirigida a terminar con la vida de una persona que tiene una enfermedad grave e irreversible, por razones compasivas y en un contexto médico. La manifestación del paciente abarca la posibilidad de rechazar tratamientos médicos desproporcionados o alternativas terapéuticas de dudoso éxito para su curación y, según expresa dicha Declaración, la voluntad del paciente debe ser respetada y no puede confundirse con una conducta suicida ([Medicina Paliativa, 2002](#)).

"La distinción activa/pasiva, en sentido estricto, no tiene relevancia desde el análisis ético, siempre que se mantenga constante la intención y el resultado. Tan eutanasia es inyectar un fármaco letal como omitir una medida terapéutica que estuviera correctamente indicada, cuando la intención y el resultado es terminar con la vida del enfermo. Esto es así tanto cuando se acepta como cuando se rechaza la eutanasia desde el punto de

vista moral. Por tanto, el auténtico debate se centra en la aceptación moral y/o legal de la eutanasia sin que su carácter activo o pasivo tenga un significado sustancial."⁷

Dividir el debate entre matar y dejar morir genera confusión en la sociedad, puesto que lo que sucede con las denominadas "prácticas eutanásicas pasivas" es lo mismo que con la eutanasia "activa": se produce el final de la vida de la persona enferma.⁸ En consecuencia, lo relevante para el debate no es la pasividad o actividad de la práctica sino la intención del paciente y, eventualmente, de quien lleve adelante la práctica médica sin que la persona enferma o sus familiares lo sepan, así como el resultado obtenido. En tal sentido, la aceptación o el rechazo de la eutanasia recaen sobre el individuo cuya situación de salud es grave e irreversible. En cambio, la permisón o prohibición legal de la eutanasia tendrían que ver con la política pública de salud que cada estado diseñe en virtud de la incorporación o no de un criterio moral de compasión ante el sufrimiento humano.

El principio de autonomía personal establece que los seres humanos somos libres de diseñar nuestro propio proyecto de vida, fijándonos las metas y objetivos que nos ayuden a desarrollarnos en plenitud, guiados por valores que atribuimos a las situaciones, objetos y personas que hacen a nuestra felicidad.

De acuerdo con esta idea, la desdicha o sufrimiento del ser humano podría, en parte, relacionarse con las restricciones internas y externas su la libertad. Las limitaciones internas son éticas y se refieren a los principios morales que guían la actuación. Las limitaciones externas son siempre jurídicas e implican una interferencia del orden público a la libertad personal. Las limitaciones jurídicas regulan la interacción subjetiva ([Kant, 1797](#)).

"Coerción, sin embargo, es el obstáculo o la oposición a la libertad. Consecuentemente, si un cierto uso de la libertad en sí misma es un obstáculo a la libertad de acuerdo con la ley universal (esto es, es injusta), entonces el uso de la coerción para contrarrestarla, en la medida en que previene un obstáculo a la libertad, es consistente con la ley universal; en otras palabras, el uso de la coerción es justo."⁹

La coerción es el uso, legalmente justificado, de la fuerza del estado para impedir o no permitir que se viole la ley universal. Afirmaba Kant que cada acción es justa (se justifica en sí misma) si la libertad de voluntad de cada ser humano puede coexistir junto con la libertad de cada uno sometida a la ley universal. De lo surge que el principio de justicia es universal, es decir para todo el universo de seres que comparten la condición humana, pero que su ejercicio es individual y se valora por los actos que cada uno externaliza en la práctica social. La ley universal de justicia es: actúa externamente de tal modo que el libre uso de tu voluntad sea compatible con la libertad de cada uno de acuerdo con la ley universal."¹⁰

La libre externalización de la voluntad, entonces, da cuenta de una moral individual compatible con el trato digno que cada miembro de la humanidad merece en tanto ser moral; que Kant denominó ley universal. El principio de dignidad humana establece que todos los seres humanos tenemos un valor intrínseco, que está por encima de cualquier precio y no admite equivalente. La dignidad humana es la fuente de la libertad y la paz en las relaciones interpersonales, específicamente de los derechos y deberes civiles y políticos, que requiere del ejercicio de un trato justo (en el sentido de correcto)¹¹. Kant uso la fórmula de Ulpiano, que a su vez arraiga en los institutos de Justiniano, para elaborar su división general de los tres deberes de justicia: honest vive; neminem laede y suum cuique tribue. Sé una persona honesta, no cometas injusticia a otras personas, sé miembro de una sociedad en la que cada ser humano pueda obtener y guardar lo suyo. El principio de honestidad dice: "No hagas de ti un mero medio para otros seres humanos, pero al mismo tiempo se un fin para ellos."¹² De ello se infiere que quien en principio hará valer su dignidad será cada ser humano, frente a otros miembros de la humanidad y sin perjuicio de la protección jurídica contra las afectaciones a su dignidad.

Resulta complicado, entonces, efectuar cualquier análisis que comprenda a los principios de dignidad humana y autonomía personal puesto que, como hemos visto, hay una relación de interdependencia entre ellos que complejiza la vida en sociedad. A continuación analizaré ambos principios en relación con la prohibición de la eutanasia y con la permisón de directivas médicas anticipadas en el nuevo CCCN.

El artículo 51 del CCCN establece la inviolabilidad de la persona humana en cualquier circunstancia y el derecho al respeto de su dignidad y el artículo 52 del CCCN crea una acción civil para prevenir o para reclamar (la indemnización por) los daños sufridos en aquellas circunstancias en las que se menoscabe la dignidad humana. En tal sentido, el CCCN establece una restricción externa a la libertad, basada en el principio de ley universal, con la finalidad de proteger al ser humano del daño que otros le pudieran causar o le causaren como consecuencia de su afectación a la dignidad humana.¹³

Pero, el artículo 60 del CCCN, dedicado a las Directivas Médicas Anticipadas restringe la autonomía personal en relación a la eutanasia:

"La persona plenamente capaz puede anticipar directivas y conferir mandato respecto de su salud y en previsión de su propia incapacidad. Puede también designar a la persona o personas que han de expresar su consentimiento para los actos médicos y para ejercer su curatela. Las directivas que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas se tienen por no escritas. Ésta declaración de voluntad puede ser libremente revocada en todo momento."¹⁴

El nuevo corpus normativo reconoce a las personas plenamente capaces la posibilidad de anticiparse al advenimiento de una situación desdichada, cual es el sufrimiento derivado de una enfermedad grave e irreversible, que a su vez puede devenir en la incapacidad o disminución posterior de la autonomía personal, para que en el momento en que su voluntad se encuentre afectada sea tenida en cuenta con posterioridad en relación con los procedimientos médicos, quirúrgicos, de hidratación, de alimentación, de reanimación o de soporte vital. Sin embargo, el CCCN restringe la autonomía personal en relación con la eutanasia y la manifestación de voluntad del paciente en tal sentido habrá de tenérsela por no escrita. Pero ¿por qué razón el estado interfiere en la autonomía personal del paciente y le prohíbe requerir algo que recae en su esfera privada? ¿Por qué razón el cuerpo de legisladores no permitió la eutanasia? Y, ¿en qué modelo de ética se inscribe un cuerpo de leyes que distingue entre matar y dejar morir, prohibiendo lo primero y permitiendo lo segundo?

En un artículo publicado en 1992, uno de los juristas más representativos del pensamiento jurídico en Argentina, Carlos S. Nino, se ocupó de la eutanasia afirmando que si se dieran las condiciones fácticas de enfermedad irreversible y terriblemente dolorosa sería permisible proceder con la eutanasia, sea en forma pasiva o activa ([Nino, 2013](#)).

"Creo que la diferencia está dada por la distinción entre requerimiento y consentimiento: el primero es la expresión del ejercicio de la autonomía del individuo, indica que el estado de las cosas en cuestión se conforma con el proyecto vital del individuo. En cambio, el consentimiento del individuo meramente expresa su disposición a ceder parte de su autonomía como condición necesaria —dados los arreglos legales de la sociedad— para satisfacer razones que pueden o no estar asociadas al ejercicio de su autonomía en persecución de un plan de vida."¹⁵

Con este significativo aporte, Nino brindó una clave para la comprensión del conflicto sobre la eutanasia basado en la sutil diferencia entre pedir y tolerar, entre requerir y consentir. La fuerza de la voluntad o autonomía¹⁶ del agente es diferente cuando a su pedido solicita poner fin al sufrimiento que cuando a pedido de terceros (en este caso profesionales médicos y/ o familiares) cede su la voluntad para permitir la intervención médica sobre su cuerpo. En el fondo, cuando el paciente —o sus familiares en su nombre y/o en forma conjunta— suscribe un documento de "consentimiento informado" cede su voluntad en relación a la voluntad de la entidad sanitaria y de los profesionales que intervendrán sobre su cuerpo. Distinto es cuando el agente en previsión de una futura situación de enfermedad irreversible y dolorosa elige y pide que se adopten las medidas tendientes a dejar de sufrir. En definitiva, es su cuerpo, es su vida y es su plan "no sufrir".

Pero, al parecer, así no lo vio el poder legislativo de la Nación Argentina Nino como bien exponía Nino: "La permisión de hacer efectivas las decisiones de los individuos nos permite distinguir entre restricciones a la autonomía basadas en la protección social, las que están basadas en objetivos perfeccionistas y las que son de índole paternalistas."¹⁶ Lo que resulta aparente de esta política de restricción a la autonomía personal sobre la eutanasia, es la visibilidad de un estado paternalista en asuntos de salud que decide por los individuos que lo componen qué es bueno para ellos ante una situación de enfermedad grave e irreversible: soportar el dolor hasta la muerte (natural).

Para juzgar si resulta justa o injusta la restricción legal a la autonomía personal sobre la eutanasia es imprescindible analizar si el acto médico consistente en poner fin a la vida del ser humano que padece una enfermedad incurable es incompatible con la ley universal, es decir si al llevar a cabo el acto de eutanasia el profesional médico afecta el respeto por la coexistencia en libertad. Ello, en principio, no resultaría aparente por cuanto para que se lleve adelante una práctica eutanásica se requiere de la manifestación de voluntad del individuo, de su requerimiento, que es mucho más potente que el consentimiento. Por lo tanto, no afectando a quien lo solicita, sino más bien por el contrario, no sólo no habría afectación a su dignidad humana, ni mucho menos a la de terceras personas, sino que además habría un respeto por su libre albedrío.

Hasta aquí intenté brindar una breve perspectiva basada en el respeto por los derechos humanos sobre la eutanasia regulada en el CCCN. En lo que sigue veremos qué rol juega la compasión en este asunto.

Eutanasia, empatía, compasión y Derechos Humanos

En una declaración publicada en 1993 por el Foro Mundial de la Salud, basada en la experiencia en Bolonia sobre personas con cáncer avanzado, se reportó que unas veinticinco mil personas le solicitaron a sus médicos garantías para morir si en un determinado momento su tratamiento les resultase insufrible. Una de las conclusiones del estudio indicó que los pacientes sentían una pérdida de su dignidad entre un 50 % y 60 % y una manifestación de dolor entre un 40% y un 50% ([Pannuti F. y Tannenberger Stephan. 1993](#)). El dolor y la pérdida de la dignidad humana son, entonces, los factores que nos permiten razonar sobre el umbral del sufrimiento al final de la vida del ser humano.

"Por ello, consideramos que la eutanasia traduce la incapacidad médica y social de garantizar un derecho humano básico: una muerte digna y en paz como desenlace armonioso de la vida biológica."¹⁷

Un estudio publicado en *The Lancet* en 2004¹⁸, reportó que el 40% de los pacientes carece de la capacidad mental para tomar la decisión de finalizar con su vida porque se encuentran inconscientes, delirantes o bajo otro trastorno cognitivo, entonces la decisión recae sobre los familiares, mayormente hijos e hijas, quienes tienen que definir la situación bajo una guía médica. De ello se siguen dos criterios de decisión: una basada en la persona enferma y otra centrada en la persona subrogante (esto es en el familiar que decide en nombre de quien ya no puede). En el primer supuesto se tendrá en cuenta el deseo y el interés que la persona enferma haya manifestado (verbalmente o por escrito), en el segundo supuesto los parientes decidirán, guiados por la experticia médica, qué es lo mejor para la persona enferma. En síntesis, o hay un criterio personal o hay un criterio profesional. Pero en ambos supuestos existe la posibilidad de ayudar a terminar con el sufrimiento en forma legal.

Ante normas jurídicas que permiten llevar a cabo la eutanasia cabe la pregunta sobre qué razones tiene quienes legislan en tal sentido. La misma cuestión se aplica para su negativa. Entonces, la cuestión tendría que ser estudiada, al menos, desde ambas ópticas: desde su prohibición y desde su permisión. Pero el asunto no se reduce a permitir o prohibir, sino más bien indagar sobre los motivos de tal o cual decisión institucional.

Al principio de este trabajo, siguiendo el modelo teórico de Martha Nussbaum, me referí a las emociones desde un punto de vista cognitivo, es decir como estados mentales intencionados que dan cuenta de un objeto de conocimiento relativo a una percepción de la realidad basada en una creencia sobre algo que resulta importante y a lo que lógicamente le asignamos valor. Esto hace que las emociones, bajo esta perspectiva, sean racionales, en el sentido que están imbuidas de conocimiento acerca de lo que es valioso o disvalioso en la vida del ser humano, no sólo individual, sino también social. Hemos visto también que el valor que le asignamos a las cosas, personas y situaciones se relaciona con un proyecto de vida, es decir con el ejercicio de la autonomía de la voluntad. El temor da cuenta de una percepción de la realidad basada en la creencia que algo o alguien resultará dañinos. La humillación implica percibir un episodio bajo la creencia que somos inferiores que la persona que nos "humilla". Ahora bien, me interesa recuperar el rol que las emociones tienen en la vida social, tal como Martha Nussbaum lo explica en la cita que reproduje antes, porque tienen una conexión directa con la normativa ética y jurídica. Es decir, al incorporar emociones morales por medio de las leyes se puede cambiar la vida emocional de la sociedad. Algo así podría suceder al prevenirnos del odio. Pero aquí me ocuparé de la compasión, puesto que hay consenso en la literatura sobre bioética en que razones compasivas podrían constituir un criterio para llevar a cabo la práctica eutanásica. Entonces, ¿cuál sería la creencia que subyace a dicha emoción?

En el umbral del padecimiento del ser humano habría una respuesta. Porque es afín a un sentido ético de humanidad el velar porque ningún ser humano sea sometido a tratos crueles, inhumanos o degradantes. Cuando nos compadecemos de una persona que agoniza por razones de salud creemos que nosotros en su situación sufriríamos mucho y que ver a esa persona padecer resulta un acto de crueldad. De la cita de los estudios llevados a cabo por el Foro Mundial de la salud se deduce que las personas con enfermedades terminales manifiestan un dolor en el cuerpo, que les resulta insoportable, y un sentimiento de degradación o pérdida de la dignidad humana, que no tiene que ver con la calidad y cantidad de los cuidados paliativos, sino con su valor. Analicé el principio de dignidad humana, como un valor inherente al ser humano que no admite equivalente ni puede cuantificarse. Vimos que la dignidad implica que el ser humano no puede constituir un medio para un fin y que es justa su protección, en resguardo del daño que pudiera menoscabarla. El CCCN exige el respeto por la dignidad humana a la vez que restringe la autonomía personal en relación a la eutanasia.

Es decir que toma decisión por los seres humanos sobre los que regula derechos y deberes bajo una posición de indiferencia ante el sufrimiento extremo derivado de una enfermedad dolorosa e incurable. Al prohibir expresamente la eutanasia, el CCCN tampoco deja margen para la dimensión emocional de la tragedia que implica, para quien padece y para su entorno, una enfermedad terminal. No da lugar a la compasión. En consecuencia, más allá de la posibilidad de empatizar con la persona que sufre no es posible permitirle a ella liberarse del dolor —al menos legalmente.

CONCLUSIONES

En la primera parte revisé el concepto de emociones, bajo una perspectiva cognitivo-evaluativa, basada en el desarrollo teórico de la filósofa Martha Nussbaum, para luego presentar dos enfoques sobre empatía: uno biologicista (Singer) y otro cognitivo (Vignemont). Sostuve que ambas perspectivas teóricas son compatibles entre sí y que dan cuenta de una representación compartida de las emociones que otra persona siente para ponernos en su lugar, tal como ancestralmente lo formuló Adam Smith. Afirmé que, en la interacción social, lo relevante no es la capacidad de empatizar sino su ausencia ante el sufrimiento humano; lo que raya con un acto de indiferencia o de crueldad. Mi posición es que la empatía es un proceso cognitivo y evaluativo que permite conocer y explicar en primera persona los sentimientos morales que otra experimenta ante una situación de sufrimiento por medio de la imaginación y que se registra en la conciencia subjetiva. En tal sentido, comparto el enfoque cognitivista de Vignemont y cuestiono el biologicista de Singer por cuanto considero que las respuestas neuronales pueden originarse tanto en estímulos reales como ficticios (como drogas, películas, novelas o cualquier tipo de expresión artística) y no es lo mismo llorar conmovidos por una escena de ficción que por una masacre, tortura, o cualquier otro tipo de degradación humana, por ejemplo. En tal sentido, considero que la representación mental en el proceso empático es necesaria pero no suficiente puesto que, justamente, lo que genera la empatía es un acto de conciencia en el ser humano sobre lo intersubjetivo. Realicé este breve desarrollo para luego indagar sobre el rol de la compasión en las prácticas de eutanasia.

En la segunda parte recuperé la definición de eutanasia brindada por la Declaración de la Sociedad Española de Medicina Paliativa ya que es amplia, incluye a la eutanasia en sus dos modalidades: pasiva y activa y toma como relevante para el debate público la intención de la persona enferma, la de quien realiza la práctica médica eutanásica y el resultado obtenido. Según dicha declaración se justifica la práctica siempre que se den las condiciones de enfermedad irreversible y dolorosa, que se lleve a cabo en un contexto médico —domiciliario o no—, bajo un criterio de compasión y teniendo en cuenta la voluntad del paciente, la que en ningún caso podrá ser considerada como un suicidio asistido.¹⁹ Esta declaración sobre la eutanasia me permitió investigar sobre los principios éticos de autonomía personal y de dignidad humana, bajo una perspectiva kantiana, para poder razonar sobre mi hipótesis de partida consistente en elucidar si es justa o injusta la restricción legal a la autonomía personal en relación a la eutanasia establecida en el su Artículo 60 del CCCN y si la eutanasia, en su modalidad activa, menoscaba al principio de dignidad humana del artículo 51 del CCCN. En la tercera parte exploré el rol de la compasión en la eutanasia puesto que se basa en creer que ante la misma situación de enfermedad irreversible y dolorosa que padece otro sujeto además de sentir un dolor insufrible en el cuerpo nos sentiríamos degradados como seres humanos y que el permanecer en tal estado constituiría un acto de crueldad. La perspectiva cognitivista sobre las emociones y la empatía, a la que adhiero, me permitió nuevamente poner en diálogo los principios éticos de autonomía personal y dignidad humana. A modo de reflexión final, estimo que la eutanasia no debería equipararse con un suicidio —desde el punto de vista de quien padece— o con un homicidio —desde el punto de vista del profesional que interviene— y que debería debatirse ampliamente sobre la posibilidad de permitir su práctica en aquellos supuestos de enfermedad incurable y dolorosa para que quien sufre muera en paz y en resguardo de su dignidad. Mi conclusión es que un criterio de compasión en el debate público sobre la eutanasia respaldaría el derecho de todo ser humano a elegir libremente su plan de vida, incluido el derecho a no sufrir con motivo de una enfermedad irreversible y tortuosa. El estado, en consecuencia, lejos de asumir una posición paternalista tratando a sus miembros como incapaces por los que debe decidir sobre el final de su vida, debería garantizar que ningún ser humano sea tratado como un medio para un fin (social, religioso, económico o de otra índole) puesto que ello implicaría una violación a su dignidad humana entendida como el deber de vivir honestamente en un sentido kantiano, ya que el respeto por la dignidad humana es la fuente de la coexistencia pacífica en libertad.

Bibliografía

Baum, E., & Baum, E. (s. f.). *Eutanasia, empatía, compasión y Derechos Humanos*.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872017000100002

Resumen del artículo

Introducción

La eutanasia resalta el conflicto moral sobre sufrir o dejar de sufrir frente una enfermedad irreversible y dolorosa, por lo que la eutanasia se refiere a la acción deliberada de dar fin a la vida de una persona, generalmente en situaciones en las que el paciente está gravemente enfermo y no tiene esperanza de recuperación.

También es importante mencionar que en esta decisión van a estar presentes las emociones que dan cuenta de una percepción de la realidad subjetiva, de cómo el sujeto se ve a sí mismo y de cómo ve el mundo. Las emociones pueden crear una barrera social o un puente entre seres humanos. Veremos cómo, por medio de la empatía, los seres humanos podemos compartir emociones, aunque no estemos de acuerdo con ciertos principios éticos o con las preferencias individuales del prójimo.

Es por eso por lo que se hablara de las emociones más enfocadas en la empatía en tanto práctica médica realizada con la intención deliberada de finalizar la vida del ser humano que sufre una enfermedad dolorosa e incurable, plantea el viejo dilema moral consistente en "morir o dejar morir" en el que intervienen los principios de autonomía personal y dignidad humana en los que se basa el respeto por los derechos humanos.

Desarrollo

Según la Declaración sobre la Eutanasia, de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, el significado del término se refiere a la conducta acción u omisión intencionalmente dirigida a terminar con la vida de una persona que tiene una enfermedad grave e irreversible, por razones compasivas y en un contexto médico.

Tomando en cuenta la manifestación del paciente abarca la posibilidad de rechazar tratamientos médicos desproporcionados o alternativas terapéuticas de dudoso éxito para su curación y, según expresa dicha declaración, la voluntad del paciente debe ser respetada y no puede confundirse con una conducta suicida, respetando entonces sus derechos humanos.

Es por esto por lo que las emociones como la empatía y el respeto son tan mencionadas en el artículo y analizadas pues tienen mucho que ver a la hora de dejar elegir al paciente sobre su vida y enfermedad.

En el umbral del padecimiento del ser humano habría una respuesta del porqué se toma esta decisión y del porqué el personal médico y familiares deben respetar y ser empáticos con paciente.

Porque es afín a un sentido ético de humanidad el velar porque ningún ser humano sea sometido a tratos crueles, inhumanos o degradantes. Es ahí cuando nos compadecemos de una persona que agoniza por razones de salud creemos que nosotros en su situación sufriríamos mucho y que ver a esa persona padecer resulta un acto de crueldad más sin embargo en ocasiones se juzga de una manera negativa dejando de un lado empatizar con el dolor de esa persona y solo dejándonos llevar por lo moralmente establecido en una sociedad que a veces no respeta las decisiones y derechos de la persona quien está sufriendo las consecuencias del dolor o crueldad de una enfermedad.

Conclusión

Podemos estimar que la eutanasia no debería equipararse con un suicidio desde el punto de vista de quien está compadeciendo o con un homicidio desde el punto de vista del profesional que interviene, que debería debatirse ampliamente sobre la posibilidad de permitir su práctica en aquellos supuestos de enfermedad incurable y dolorosa para que quien sufre muera en paz y en resguardo de su dignidad.

Es por esto por lo que podemos concluir que la empatía y la compasión son conceptos clave en el debate sobre la eutanasia. La empatía se refiere a la capacidad de sentir y comprender las emociones y sentimientos de otra persona. La compasión se refiere a la capacidad de sentir y comprender el sufrimiento de otra persona y de actuar de manera que alivie ese sufrimiento y se necesitan de ambas para poder formar un puente entre la eutanasia del paciente que quiera realizarlo y entre el personal médico y sociedad.

La conclusión de lo antes mencionado es que un criterio de compasión en el debate público sobre la eutanasia respaldaría el derecho de todo ser humano a elegir libremente su plan de vida, incluido el derecho a no sufrir con motivo de una enfermedad irreversible y tortuosa.

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 consciencia, que se mantiene hasta que llega la muerte.

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 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.

- 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.

- 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}:

- Benzodiacepinas (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 benzodicepinas 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 benzodicepinas 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

Clementina, A. C., Bárbara, R. M., Clementina, A. C., & Bárbara, R. M. (s. f.). *Sedación paliativa*.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2021000200009

Resumen del artículo

Introducción

Durante este tiempo en el que nos encontramos vamos a enfrentarnos cotidianamente a pacientes que están en fin de vida y presentan síntomas refractarios, pues en general la mayoría de las personas en su proceso de morir o en sus últimas semanas o meses de vida pueden llegar a experimentar síntomas intensos que impactan de manera directa su calidad de vida y la de su familia: el delirium agitado, el estreñimiento, la náusea, el vómito, el dolor. Y es en estos pacientes donde cobra relevancia la sedación paliativa, tornando fundamental precisar varios aspectos de la sedación paliativa.

Debemos tener en cuenta que la sedación paliativa es una práctica terapéutica que consiste en administrar fármacos o combinaciones de ellos a dosis determinadas con el objetivo de producir un cierto grado de reducción de la conciencia y mitigar síntomas refractarios.

Desarrollo

La sedación paliativa 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 refractarios. Debemos saber que un 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.

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.

La sedación paliativa puede ser clasificada en dos tipos: sedación paliativa continua y sedación paliativa intermitente. La sedación paliativa continua se utiliza cuando el

paciente está en sus últimos días u horas de vida y se necesita una sedación profunda para aliviar el sufrimiento. La sedación paliativa intermitente se utiliza cuando el paciente necesita sedación para aliviar síntomas específicos, pero no necesita una sedación continua, aunque se clasifiquen por separadas ambas tienen el mismo objetivo que el de aliviar el sufrimiento del paciente para tener un descenso digno tanto como para el como para los familiares que experimentaran su pérdida.

Se debe tener muy en claro que sedación paliativa no es eutanasia, ya que su objetivo es aliviar el sufrimiento del paciente y no terminar con su vida. La sedación paliativa es un procedimiento terapéutico que se utiliza para mejorar la calidad de vida del paciente y no para causar la muerte.

Los fármacos de elección en la sedación paliativa son:

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

En base a los fármacos de elección se puede utilizar la siguiente escala

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.

Conclusión:

Entendemos entonces que la sedación paliativa es una práctica terapéutica que se utiliza para aliviar el sufrimiento del paciente, especialmente en situaciones en las que el paciente está gravemente enfermo y no tiene esperanza de recuperación.

La sedación paliativa es una práctica ética y legalmente lícita siempre y cuando se cumplan ciertos requisitos, como la presencia de un síntoma refractario, enfermedad terminal y consentimiento del paciente.

El uso correcto de medicamentos va a favorecer que esta practica siga siendo de ayuda no solo al paciente si no a los familiares que tienen que pasar con el enfermo su dolor o síntomas refractarios que pueden llegar a estar presentes durante el transcurso de la patología que presenten.