



Mi Universidad

EUTANASIA

Wilder bossuet ramirez vazquez

Eutanasia

4to parcial

Medicina paliativa

Dr. Agenor Abarca Espinosa

Licenciatura en medicina humana

6to semestre

Grupo "C"

Dilema ético de la eutanasia

Ethical dilemma of euthanasia

Lic. Mabel Creagh Peña

Policlínico Docente "Dr. Diego Tamayo". La Habana, Cuba.

RESUMEN

La eutanasia significa una muerte buena. Desde el punto de vista jurídico, es la muerte sin sufrimiento físico provocada por propia voluntad de un enfermo incurable. En la práctica consiste en administrar drogas, fármacos u otras sustancias que alivien el dolor aunque con ello se acorte la vida. La decisión de la aplicación de la eutanasia ha sido un problema persistente en la historia de la humanidad, ideologías diversas se enfrentan defendiendo sus argumentos de si debe o no practicarse. El objetivo de este trabajo, es exponer las consideraciones éticas, científicas y religiosas, sobre la práctica de la eutanasia a partir de un análisis histórico desde los tiempos de *Platón* hasta la actualidad. Lo verdaderamente importante es que el hombre, como ser racional, capaz de revolucionar constantemente la ciencia y la técnica y de transformar la naturaleza en beneficio de la especie, debe también morir con dignidad.

Palabras clave: Eutanasia, ética, bioética, Filosofía y Salud.

ABSTRACT

Euthanasia means nice death. From the legal viewpoint, it means physical suffering-free provoked death willingly accepted by a terminally-ill patient. In practice, it means to administer drugs, pharmaceuticals or other substances that release pain even though they may reduce lifetime. The decision for euthanasia has been a persistent controversy in the history of mankind; thus various ideologies clash in support of arguments in favour or against this practice. The objective of this paper is to present ethical, scientific and religious considerations on the implementation of euthanasia, taking as a basis a historical analysis covering from

Platon up to the present times. It is really important that man, as a rational being capable of permanently revolutionizing science and technique and transforming nature for the benefit of the species, should also die with dignity.

Key words: Euthanasia, ethics, bioethics.

INTRODUCCIÓN

En la Antigua Grecia la eutanasia no se planteaba como un problema moral ya que la concepción de la vida era diferente, para este pueblo una mala vida no era digna de ser vivida y por tanto ni el eugenismo, ni la eutanasia complicaban a las personas. *Cicerón* le da significado a la palabra como muerte digna, honesta y gloriosa. *Hipócrates* representa una notable excepción: él prohíbe a los médicos la eutanasia activa y la ayuda para cometer suicidio. *Platón* dice: se dejará morir a quienes no sean sanos de cuerpo¹. En la Edad Media, bajo la óptica de creencias religiosas cristianas, la práctica de la eutanasia es considerada como pecado, puesto que la persona no puede disponer libremente sobre la vida, que le fue dada por un ser sobrenatural. Las religiones monoteístas como la católica, entienden que el privilegio de la vida, implica conocer la muerte, por lo que se debe estar plenamente consciente del momento final para despedirse de familiares y amigos y poder presentarse en el más allá con un claro conocimiento del fin de la vida.

Con la Modernidad, se desgaja el pensamiento medieval, la perspectiva cristiana deja de ser la única y se conocen y discuten las ideas de la Antigüedad Clásica, se defiende que la salud puede ser alcanzada con el apoyo de la técnica, de las ciencias naturales y de la medicina. *Francis Bacon* en 1623, defiende que la muerte de un enfermo ayudado por el médico no constituye un problema religioso ya que es al científico a quien le corresponde determinar cuándo un hombre enfermo debe morir o no. *Tomás Moro* 1516, presenta una sociedad en la que los habitantes justifican el suicidio y también la eutanasia activa, sin usar este nombre. A fines del siglo XIX, en América del Sur existía la persona del despenador o despenadora, encargada de hacer morir a los enfermos desahuciados a petición de los parientes. En el presente, se sustentan diferentes opiniones sobre la eutanasia y son variadas las prácticas médicas y las legalidades en distintos países del mundo.¹

El propósito de este estudio es exponer algunas concepciones éticas, científicas y religiosas sobre la práctica de la eutanasia.

Dilema ético de la eutanasia

La eutanasia ha sido manejada por dos corrientes filosóficas, integradas por hombres de ciencia y religión basándose en las creencias y conocimientos que hasta ese momento sus semejantes, como seres sociales, han desarrollado invocando la dignidad humana, tanto para defenderla como para rechazarla. Para sus defensores, la dignidad humana del enfermo consiste en el derecho a elegir libremente el momento de la muerte. Para sus detractores, la dignidad humana es oponerse a este derecho por considerarlo una arbitrariedad humana frente a un

asunto exclusivamente divino para algunos y exclusivamente científico-legal para otros.²

A pesar de que se considera como una decisión final, la eutanasia solo está permitida legalmente en tres países, en el estado de Oregón, Estados Unidos, donde sus ciudadanos aprobaron por referéndum en 1997 la ley de muerte con dignidad; en Holanda, vigente desde abril de 2001, con una serie de garantías y limitantes legales que de no cumplirse pueden desembocar en procesos legales en contra de los médicos, y finalmente en Bélgica, que en septiembre del 2003, se convierte en el segundo país en aprobar leyes a favor de la eutanasia, más flexibles que en el caso de Holanda pero también rígidas en cuanto a procedimientos legales.² El debate sobre licitud moral de la eutanasia ha llegado a exacerbarse tanto que incluso se han creado asociaciones que claman por el reconocimiento de un legítimo derecho a morir con dignidad. El movimiento para la legalización de estas prácticas comenzó en Inglaterra en 1935, con la creación de la Asociación por la Legislación de la Eutanasia, años después se funda otra asociación con el mismo objetivo en Estados Unidos.

En España ha cobrado pujanza la asociación pro derecho a morir dignamente, presidida por el filósofo *Salvador Panikér*.¹ En la declaración de Lisboa "Derechos del paciente", enunciada durante la 34 Asamblea Médica Mundial, Portugal 1981, se recoge el derecho del paciente a, después de ser adecuadamente informado sobre el tratamiento, aceptarlo o rechazarlo y morir con dignidad.² En la 35ª Asamblea Médica Mundial,³ en Venecia, Italia, Octubre 1983, se adopta un "Postulado sobre la Muerte" donde se reafirma que la determinación del momento de la muerte debe ser responsabilidad del médico. Por el contrario en octubre de 1987,³ en Madrid, en la 38ª Asamblea Médica Mundial se firma una declaración sobre este particular donde dispone que "La eutanasia, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contraria a la ética".

En Ginebra, en 1990,³ la OMS considera que con el desarrollo de métodos modernos de tratamiento paliativo, no es necesaria la legalización de la eutanasia. En mayo del 2005,³ en la 170ª Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, Francia, se ratifica la Declaración Adoptada en España en octubre 1987. Cuba, en el Simposio Internacional de "Coma y Muerte" realizado en Varadero, Matanzas en el año 2008, sobre la tesis de la muerte, confirma su posición en contra de la eutanasia y defiende los principios médicos de curar, aliviar o acompañar al paciente (Mtra. Elma del Carmen Trejo García. Investigadora Parlamentaria. Legislación Internacional y Estudio de Derecho Comparado de la Eutanasia. Enero, 2007).

Un ejemplo de este debate en la práctica médica se manifiesta al diagnosticar una muerte cerebral. Unas personas consideran acertado el hecho de auxiliar a morir a un paciente a quien se le haya diagnosticado muerte cerebral, lo cual evitará sufrimiento a los familiares, al personal médico y paramédico, evitará gastos de recursos materiales y humanos, dando la posibilidad de brindar atención especializada a pacientes cuya expectativa de vida puede ser mejor. Los que se oponen, mantienen el criterio de que aunque el paciente no puede realizar ninguna de sus funciones por sí mismo, sus órganos vitales no dejarán de funcionar mientras reciba ayuda médica y paramédica especializada, no obstante, oponentes y proponentes, apoyados en el consentimiento científico, reconocen que esta práctica da la posibilidad de disponer de los órganos y tejidos para el trasplante con tiempo suficiente para mantener su perfusión, extracción y conservación una vez certificada la muerte cerebral y con el consentimiento familiar realizar ablaciones de estos órganos.⁴

En el Código Civil vigente en la República de Cuba la persona jurídica "es todo ser capaz de derechos y obligaciones", y la personalidad es "el atributo consustancial al ser humano que consiste en sujeto activo o pasivo de relaciones jurídicas", así lo señala *Clemente T*, en la Parte General del Derecho Civil, editado por la Universidad de La Habana, en 1985, citado por *Machado Curbelo C*.⁵ De acuerdo con esas definiciones, una vez que se ha establecido el diagnóstico de muerte encefálica, el propio estado de irreversibilidad de las funciones del encéfalo en ese paciente, lo excluye de la condición de ser humano, puesto que, al dejar de constituir una unidad socio-psico-biológica ha cesado de ser persona, y por tanto no posee personalidad jurídica.⁶

Este conflicto está determinado por la ética que implique el asunto en cuestión y que para determinar la ética de un proceder hay que hablar de moral, justicia, verdad, conocimiento científico y sociedad, ya que es precisamente en la sociedad donde se forman estos valores que, unidos al conocimiento científico, contribuyen a la formación de la ética médica.

El caso más reciente donde están mezclados renglones tan delicados como ley, religión, moral, cultura, labor del médico, motivos económicos y motivos familiares, fue el de *Eluana Englaro*,⁵ una joven que permaneció en coma desde 1992 hasta marzo del 2009, cuyo padre luchó en los tribunales y ante la opinión pública por el derecho a la muerte de su hija "a la luz del sol, sin engaños", "Yo no tengo soluciones para proponer, pero creo que este tipo de problemas se deben resolver a través de leyes", anunció el Ministro cuando le preguntaron por este caso. *Beppino Englaro*, padre de *Eluana*, hizo una campaña dirigida a las autoridades italianas, incluyendo al Jefe de Estado *Carlo Azeglio Ciampi*, para que debatiera sobre la moralidad de mantener con vida a "individuos que han perdido de forma irreversible la posibilidad de experimentar cualquier tipo de emociones". "Estas personas se encuentran imposibilitadas para decidir si quieren ser mantenidas en estado vegetativo por años o décadas", dijo *Englaro*. El médico que ayudó al padre de *Eluana* a llevar el caso a los tribunales, el neurólogo *Carlo Alberto Defanti*, explicó que "hace treinta años, situaciones como esta no se producían, porque son producto de la terapia intensiva, los pacientes son cuerpo sin pensamientos, sin comunicación, sin posibilidad de cambiar. Se podría decir que son cuerpos sin alma, sin espíritu."⁷

La ética médica es y será siempre la evaluación política de un sistema de salud, porque las políticas de salud afectan directa o indirectamente todos los aspectos de la vida cotidiana: las acciones, los comportamientos y las decisiones. Pueden además, prohibir conductas que se perciben como riesgosas, alentar las que se consideran beneficiosas, proteger los derechos y el bienestar de algunas poblaciones, impulsar ciertas actividades o proporcionar beneficios directos a los ciudadanos necesitados. Las políticas reguladoras pueden definir acreditaciones profesionales, establecer controles de precios para los bienes y servicios, determinar criterios de calidad, seguridad y eficacia para los servicios de la salud y tratar cuestiones de regulación social, tales como las relacionadas con la seguridad social y ocupacional.

Los profesionales cubanos de la salud han podido constatar que en la mayoría de los países de este mundo unipolar, médicos, paramédicos, trabajadores de la salud en general y familiares de estos pacientes, ante un diagnóstico de muerte cerebral deciden desconectarlos de las máquinas que mantienen sus órganos vitales funcionando, para evitar una estadía hospitalaria prolongada que redunde en gastos excesivos para los familiares al tener que pagar por el derecho a una cama, a la atención especializada, por la utilización de recursos humanos y materiales, la compra de medicamentos que esta enfermedad requiere para mantener una evolución satisfactoria o estable y los recursos científico-técnicos que permitan a los

especialistas llegar a un diagnóstico mejor y certero, ven con desconcierto como esta decisión la toman de la forma mas rápida posible y está dado porque mientras más se demoren en decidir, más tendrán que pagar y es que en estos países con la muerte del paciente no termina el sufrimiento de los familiares pues estos instantáneamente se vuelven deudores de los servicios médicos que ha recibido el paciente, aun en algunas instituciones estatales, lo que genera grandes sacrificios para pagar la deuda adquirida, por tanto, ellos pueden hacer o hacen algunas de las maniobras siguientes:

- Retirar a sus hijos de las escuelas que tienen que pagar.
- Trabajar en más de 2 o 3 centros laborales.
- Hacer turnos de trabajo dobles.
- Vender sus propiedades (casas, autos, negocios y otros).

En muchos de estos países se ha constatado cómo las clínicas privadas se dedican a mercantilizar la salud y le brindan al hombre todos los servicios que necesite, allí se encuentran todos los recursos humanos, materiales y técnicos que se requiera para mantener la vida de estos pacientes el tiempo que sea necesario y todo ello redundará en beneficios monetarios para los dueños.

El sistema de salud cubano basado en los principios del carácter estatal socialista, gratuito, accesible, preventivo y altamente calificado, unido a la ciencia, la docencia y la práctica médica con participación de las masas en las tareas de salud, hacen que cobren una dimensión excepcional los aspectos mencionados e introduce otros como el del internacionalismo, la solidaridad humana y el patriotismo, pero sobre todas las cosas, cuando los cubanos se enfrentan a situaciones difíciles con los pacientes, tienen el privilegio de pensar solamente en el hombre enfermo, en las oportunidades que la revolución científico técnica de nuestro tiempo pueda redundar en beneficio para su salud y la calidad de vida, sin tener que pensar en dinero ni pérdidas monetarias o materiales futuras.^{7,8}

El amor al trabajo y al hombre, el respeto por la vida y al ser humano en su integridad, el sentido del deber, la responsabilidad, la honestidad, el altruismo, el desinterés y la dignidad profesional entre otros, son valores que deben llegar a convertirse en virtudes que caractericen la actuación del médico al asimilarse como valores personalizados, expresión legítima y auténtica del sujeto que los asume.^{9,10}

Contando entonces con una sociedad culta, responsable y honesta, con profesionales dispuestos y preparados para afrontar las más duras decisiones acerca de la vida humana, con un sistema de salud que garantice la verdadera medicina, la que precave, cabe cuestionarse nuevamente la ilegalidad de elegir entre una muerte necesaria desde el punto de vista humano, que evite el dolor y el sufrimiento personal y familiar y que por demás asegure, quizás, la vida larga y efectiva de otros semejantes o el corto espacio de vida llena de dolor y sufrimiento que media entre la enfermedad incurable y la muerte irremediable, sin contar los gastos que se ocasionan por considerarlos derecho soberano del paciente.

Determinar si un hombre debe morir o no, por los siglos de los siglos encontrará oponentes y proponentes y de esta investigación se deriva que el hombre debe mirar a su alrededor, escuchar y preguntar el por qué de una decisión como esta, buscar la mejor manera de aliviar al ser humano de sufrimientos y preocupaciones, ubicarse en su sistema, cultura y religión, entender que el lenguaje de la ética ha sido adoptado no solo por pacientes, familias, médicos, economistas, ministros,

jueces y administrativos de la salud, independientemente de su corriente filosófica y su sistema social y entender que lo único verdaderamente importante es que el hombre, como ser racional, capaz de revolucionar constantemente la ciencia y la técnica y de transformar la naturaleza en beneficio de la especie, debe también, morir con dignidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colectivo de Autores. Lectura de Filosofía, Salud y Sociedad. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004
2. Acosta Sariego JR. ¿Quién debe decidir? Rev Avances Médicos Cuba. 1996; Año III No 7. p. 60.
3. Amaro Cano M del C. Problemas Éticos y Bioéticos en enfermería. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.
4. Sánchez Caro J. Aspectos jurídicos de interés en relación con los trasplantes de órganos. Nefrología. 1994;14(supl 1):64-9.
5. Machado Curbelo C. Criterios cubanos para el diagnóstico de la muerte encefálica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1992.
6. Vázquez R. Teorías y principios normativos en bioética. México, D.F.: Instituto Normativo Autónomo de México; 2000.
7. Apropiación Social de la Ciencia. Revista Ciencia, Tecnología y Sociedad. Enero, 2008, No. 10.
8. Gracia D. ¿Que es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. Publicación científica No. 527. Washington, D.C: OPS; 1990.
9. Barreto Vaquero D. Reflexiones en torno a la eutanasia como problema de salud pública. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2004 Mar [citado 2011 Nov 25];30(1):
Disponble en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100010&lng=es
10. Diagnostico Neurofisiológico de muerte cerebral en la donación de órganos. Madrid: SANED; 1986.

Recibido: 27 de junio de 2011.

Aprobado: 18 de octubre de 2011.

Mabel Creagh Peña. Puerta Cerrada 11 e/ Suárez y Factoría. Habana Vieja. La Habana, Cuba.

Teléf.: 8610005, 2082129. Correo electrónico: mabel.creagh@infomed.sld.cu

RESUMEN EUTANASIA

La eutanasia es un tema que ha dividido a la sociedad y generado intensos debates éticos y legales en todo el mundo. Dos corrientes filosóficas principales han emergido en torno a este tema: una que defiende el derecho del individuo a elegir el momento de su muerte como un acto de dignidad humana y autonomía personal, y otra que rechaza esta posibilidad basándose en argumentos morales, religiosos y científicos que consideran la vida como un don divino o un valor inviolable.

A pesar de ser considerada una decisión crucial, la eutanasia solo es legal en tres países hasta la fecha: Oregón, Estados Unidos, donde los ciudadanos aprobaron la ley de muerte con dignidad en 1997; Holanda, desde abril de 2001, con estrictas garantías y limitaciones legales; y Bélgica, que aprobó leyes más flexibles en septiembre de 2003. Estos países han establecido protocolos legales que regulan estrictamente las condiciones bajo las cuales se puede practicar la eutanasia, lo que refleja las diversas interpretaciones sobre la dignidad humana y el derecho a la muerte asistida.

El debate sobre la eutanasia ha provocado la formación de movimientos y asociaciones que abogan por el reconocimiento legal de un derecho a morir con dignidad. Este movimiento comenzó en Inglaterra en 1935 con la formación de la Asociación por la Legislación de la Eutanasia y se extendió posteriormente a otros países, incluidos Estados Unidos, donde se fundaron asociaciones con objetivos similares.

En el contexto cubano, se aborda la eutanasia desde una perspectiva legal y ética que considera la personalidad jurídica del individuo, especialmente cuando se trata de diagnósticos de muerte encefálica. Este diagnóstico implica la irreversibilidad de las funciones cerebrales y plantea cuestiones éticas sobre la dignidad y los derechos del paciente.

El caso de Eluana Englaro en Italia ilustra la complejidad del dilema ético de la eutanasia. Eluana, en estado vegetativo desde 1992, fue centro de un intenso debate público y legal sobre el derecho a morir con dignidad. Su padre, Beppino Englaro, luchó durante años en los tribunales y ante la opinión pública por el derecho a poner fin al tratamiento de su hija, argumentando que prolongar su vida en estado vegetativo era contrario a la dignidad humana.

En muchos países, las decisiones sobre eutanasia están influenciadas por consideraciones económicas y prácticas. Desconectar a pacientes con muerte cerebral puede ser una decisión difícil, no solo por razones éticas y médicas, sino también por los altos costos asociados con el mantenimiento prolongado de la vida artificial.

Las clínicas privadas, en muchos casos, han sido acusadas de mercantilizar la salud al ofrecer servicios prolongados y costosos que benefician económicamente a los proveedores de atención médica, lo que plantea interrogantes sobre la equidad y la justicia en el acceso a la atención médica.

En contraste, el sistema de salud cubano, basado en principios socialistas de gratuidad y accesibilidad universal, permite a los profesionales de la salud centrarse en el bienestar del paciente sin preocupaciones económicas. Valores como el amor al trabajo, el respeto por la vida y el altruismo son fundamentales en la práctica médica cubana, donde se prioriza el cuidado humanizado sobre consideraciones financieras.

En resumen, el dilema ético de la eutanasia sigue siendo un tema de profundo debate global. La determinación de si un individuo debe tener el derecho a decidir sobre el momento de su muerte continuará enfrentando resistencia y apoyo en diferentes contextos culturales, religiosos y legales. Es esencial buscar formas de aliviar el sufrimiento humano mientras se respeta la diversidad de valores y creencias en las sociedades contemporáneas.

CONCLUSION

En conclusión, el dilema ético de la eutanasia plantea cuestiones profundas sobre la autonomía individual, la dignidad humana, y la responsabilidad ética y legal en la toma de decisiones médicas. Las posiciones a favor y en contra reflejan no solo diferencias filosóficas y religiosas, sino también realidades socioeconómicas y políticas que influyen en la legislación y práctica médica en todo el mundo.

La eutanasia, legalizada en algunos países bajo estrictos controles, busca ofrecer una salida humanitaria a pacientes terminales o en estado vegetativo, permitiéndoles morir con dignidad y evitando sufrimientos innecesarios. Sin embargo, sus detractores argumentan que socava el valor absoluto de la vida y abre la puerta a posibles abusos.

El caso de Eluana Englaro y otros casos emblemáticos subrayan la complejidad y la sensibilidad del tema, donde las decisiones médicas se entrelazan con consideraciones éticas, legales, familiares y económicas. Mientras tanto, sistemas de salud como el cubano, con su enfoque en la gratuidad y la accesibilidad, ofrecen un contraste importante al priorizar el bienestar del paciente sobre intereses financieros.

En última instancia, resolver el dilema ético de la eutanasia implica un equilibrio delicado entre respetar la autonomía del individuo, proteger los derechos humanos y garantizar la integridad de los sistemas de salud. Es crucial que estas discusiones se lleven a cabo con sensibilidad, considerando las diversas perspectivas culturales y éticas que conforman nuestras sociedades globales contemporáneas.



Mi Universidad

SEDACION PALIATIVA

Wilder bossuet ramirez vazquez

Sedación paliativa

4to parcial

Medicina paliativa

Dr. Agenor Abarca Espinosa

Licenciatura en medicina humana

6to semestre

Grupo "C"

Sedación paliativa

Clementina Acedo Claro^a y 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).

Correspondencia

Bárbara Rodríguez Martín. Hospital San Agustín de Linares. Avda. San Cristóbal, s/n. 23700 Linares. Jaén (España).

Correo electrónico

barbara_rodriguez_martin@hotmail.com

Recibido el 22 de julio de 2020.

Aceptado para su publicación el 20 de octubre 2020.

«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).

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.

PALLIATIVE SEDATION

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 contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

INTRODUCCIÓN

En nuestra sociedad hay una demanda creciente de una atención sanitaria de calidad, que posibilite a los pacientes una vida y una muerte dignas y les evite el sufrimiento innecesario. Muchos enfermos al final de su vida padecen un sufrimiento intenso. Los profesionales sanitarios logran generalmente evitar o atenuar gran parte de este sufrimiento, pero hay situaciones en las que, a pesar de la correcta actuación de los profesionales, el sufrimiento del paciente persiste con una intensidad difícilmente soportable para quien lo padece. Para el alivio de este sufrimiento, hay una práctica médica eficaz: la sedación al final de la vida o sedación en la agonía, que persigue el alivio del sufrimiento del enfermo, mediante una reducción proporcionada de su nivel de conciencia, que se mantiene hasta que llega la muerte.

SEDACIÓN PALIATIVA. CONCEPTO

Es la disminución deliberada del nivel de conciencia del enfermo, una vez obtenido el oportuno consentimiento, mediante la administración de los fármacos indicados y a las dosis adecuadas, con el objetivo de evitar un sufrimiento insoportable causado por uno o más síntomas refractarios¹.

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

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

Síntoma refractario es aquel que no puede ser controlado de forma adecuada con los tratamientos habitualmente disponibles, aplicados por médicos expertos, en un plazo de tiempo razonable.

Se debe considerar y distinguir entre síntomas refractarios y difíciles, ya que algunos síntomas que pueden parecer refractarios, en manos de un equipo experimentado, se tornan en difíciles y susceptibles de responder a un tratamiento que no comprometa la conciencia del paciente.

TIPOS DE SEDACIÓN

La sedación paliativa puede ser, según su temporalidad⁵:

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

Según su intensidad²:

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

De forma específica, podemos hablar de **sedación paliativa en la agonía**¹, que es la sedación paliativa que se utiliza cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida para aliviar un sufrimiento físico o psicológico que no ha respondido a otras medidas.

INDICACIÓN DE LA SEDACIÓN PALIATIVA. REQUISITOS

Para que la sedación sea considerada ética y legalmente lícita debe reunir una serie de condiciones²:

1. Se plantea ante un síntoma refractario, no ante un síntoma de difícil control.
 - El paciente debe padecer una enfermedad avanzada en fase terminal.
 - No hay posibilidades razonables de otro tratamiento para controlar el síntoma:
 - Por adecuación del esfuerzo terapéutico determinada por el médico.
 - Por rechazo al tratamiento decidido por el paciente, su tutor o familiar de referencia o en instrucciones previas.
 - Por encontrarse el paciente en situación de agonía.
 - Por falta de disponibilidad de otros tratamientos.
 - La sedación no debe instaurarse para aliviar la pena de los familiares o la carga laboral y la angustia de las personas que lo atienden.
2. Dejar constancia en la historia clínica: etiología del síntoma, tratamientos instaurados y resistencia a estos.
3. Evaluación interdisciplinar.
4. Intención de aliviar el sufrimiento: utilización de dosis adecuadas y proporcionadas al síntoma que queremos aliviar (dosis mínima eficaz), ajuste de la dosis al nivel de conciencia, reversibilidad y uso de fármacos de rápida metabolización y vida media.

En la **tabla 1** se comparan los aspectos éticos de la sedación paliativa con la eutanasia.

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

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

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

EL CONSENTIMIENTO EN LA SEDACIÓN PALIATIVA

Tomando como referencia la **Ley 41/2002, de 14 de noviembre**, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, se resaltarán 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.

Típos de consentimiento:

- **Consentimiento explícito:** otorgado por el paciente. Esta decisión, por su trascendencia, necesita un máximo de garantías de que responde a la voluntad y al mundo de los valores del paciente.
- **Consentimiento implícito:** solo aplicable de forma excepcional y si se ha estimado que el riesgo de shock emocional para el paciente supera las ventajas. No debe estar basado en las

suposiciones del personal sanitario, considerando al paciente como un niño incapaz de tomar decisiones importantes.

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

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

PROCEDIMIENTO PARA LA SEDACIÓN

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

- Benzodiazepinas (midazolam).
- Neurolepticos 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 benzodiazepinas 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 lento, repitiendo la dosis cada 5 min hasta alcanzar el nivel de sedación mínimo con el que se logre el control del síntoma refractario. La suma de las dosis que han sido necesarias se denomina dosis de inducción. Dicha dosis de inducción, multiplicada por seis, será la dosis a administrar en infusión continua durante las siguientes

24 h. Las dosis de rescate serán las mismas que la dosis de inducción y se añadirán tantas veces como sean precisas.

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

SEDACIÓN CON LEVOMEPRMACINA POR VÍA SUBCUTÁNEA

Es el método de elección en domicilio si el síntoma principal es el delirium.

Si el paciente está bajo sedación previa con midazolam, debe reducirse la dosis de este fármaco un 50% en el momento de la inducción con levomepromacina^{2,5}, intentando rebajar la dosis de midazolam progresivamente en los días posteriores, según sea la respuesta clínica.

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

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

SEDACIÓN CON CLOPROMACINA POR VÍA ENDOVENOSA

De utilización en ámbito hospitalario.

Se calcula la dosis de inducción también de forma similar al midazolam, con dosis iniciales de 12,5-25 mg, utilizando intervalos de 6-8 h.

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

Está contraindicada la administración de clorpromacina por vía subcutánea.

SEDACIÓN CON FENOBARBITAL POR VÍA SUBCUTÁNEA

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

Al iniciar la inducción con fenobarbital, hay que suspender el tratamiento con benzodiazepinas y neurolepticos^{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 benzodiacepinas 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

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- Enfermedad incurable avanzada: enfermedad de curso gradual y progresivo, sin respuesta a los tratamientos curativos disponibles, que evolucionará hacia la muerte a corto o medio plazo en un contexto de fragilidad y pérdida de autonomía progresivas. Se acompaña de síntomas múltiples y provoca un gran impacto emocional en el enfermo, sus familiares y en el propio equipo terapéutico^{1,6}.

- Enfermedad o situación terminal: enfermedad incurable, avanzada e irreversible, con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses⁶.
- Situación de agonía: la que precede a la muerte cuando esta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico de vida limitado a horas o días. Se recomienda identificar y registrar en la historia clínica los signos y síntomas propios de esta fase^{1,6}.
- Síntoma refractario: aquel que no puede ser adecuadamente controlado con los tratamientos disponibles, aplicados por médicos expertos, en un plazo de tiempo razonable (y en la fase agónica, breve). En estos casos, el alivio del sufrimiento del enfermo requiere la disminución de la conciencia^{1,5}.
- Síntoma difícil: se refiere a un síntoma que para su adecuado control precisa de una intervención terapéutica intensiva, más allá de los medios habituales, tanto desde el punto de vista farmacológico, como instrumental o psicológico. A la hora de tomar decisiones terapéuticas que contemplan la sedación paliativa es esencial diferenciar el síntoma difícil del síntoma refractario^{2,5}.
- Cuidados paliativos: conjunto coordinado de intervenciones sanitarias dirigidas, desde un enfoque integral, a la promoción de la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, afrontando los problemas asociados con una enfermedad terminal mediante la prevención y el alivio del sufrimiento, así como la identificación, valoración y tratamiento del dolor, y otros síntomas físicos y psicosociales⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez Sancho M (coord.). Atención médica al final de la vida: conceptos y definiciones [Internet]. Madrid: Organización Médica Colegial; 2015. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/conceptos_definiciones_al_final_de_la_vida/files/assets/common/downloads/Atenci.pdf
2. Sánchez Correas MA, Cuervo Pinna MA (coords.). Guía clínica de sedación paliativa del PRCPEX (Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura) [Internet]. Mérida: Junta de Extremadura. Disponible en: <http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5Cguia-de-sedacion.pdf>
3. Maltoni M, Scarpi E, Rosati M, Derni S, Fabbri L, Martini F, et al. Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review. *J Clin Oncol*. 2012;30(12):1378-83.
4. Barathi B, Chandra PS. Palliative sedation in advanced cancer patients: does it shorten survival time? - A systematic review. *Indian J Palliat Care*. 2013;19(1):40-7.
5. Organización Médica Colegial (OMC). Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guía de sedación paliativa. *Cuad Bioet*. 2011;XXII(3):605-12.
6. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. BOE, núm. 274 (15 de noviembre de 2002).
7. Cowan JD, Palmer T, Clemens L. Sedación paliativa. En: Walsh D, coord. *Medicina paliativa*. Barcelona: Elsevier España; 2010; p. 353-67.

RESUMEN SEDACION PALIATIVA

En la sociedad actual, existe una creciente demanda de atención sanitaria de calidad que permita a los pacientes vivir y morir dignamente, evitando sufrimientos innecesarios. Muchos pacientes al final de su vida sufren intensamente, y aunque los profesionales sanitarios generalmente logran mitigar gran parte de este sufrimiento, hay situaciones en las que el sufrimiento persiste de manera insoportable. Para aliviar este sufrimiento, se utiliza una práctica médica conocida como sedación al final de la vida o sedación en la agonía. Esta práctica busca aliviar el sufrimiento del paciente mediante una reducción proporcional de su nivel de conciencia, que se mantiene hasta el momento de la muerte.

Sedación Paliativa: Concepto

La sedación paliativa se define como la disminución deliberada del nivel de conciencia del enfermo, obteniendo su 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. Es crucial que la reducción de la conciencia sea proporcional al alivio del sufrimiento, es decir, solo en el grado suficiente para conseguir el alivio deseado y nunca más allá de lo estrictamente necesario. No hay evidencia de que la administración de sedación proporcional acorte la vida del paciente; estudios retrospectivos no han mostrado diferencias en la supervivencia entre pacientes sedados y no sedados en las últimas semanas de vida.

Un síntoma refractario es aquel que no puede ser controlado adecuadamente con los tratamientos disponibles, aplicados por médicos expertos en un plazo de tiempo razonable. Es importante distinguir entre síntomas refractarios y difíciles, ya que algunos síntomas que pueden parecer refractarios pueden responder a un tratamiento adecuado en manos de un equipo experimentado.

Tipos de Sedación

La sedación paliativa puede clasificarse según su temporalidad y su intensidad:

1. 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.
2. Según su intensidad:
 - Sedación profunda: No permite la comunicación con el paciente.
 - Sedación superficial: Permite la comunicación del paciente continua o intermitentemente y se ajusta para alcanzar el nivel de sedación necesario para aliviar los síntomas.

La sedación paliativa en la agonía 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 y Requisitos

Para que la sedación sea considerada ética y legalmente lícita, debe cumplir ciertas condiciones:

1. Síntoma refractario: La sedación 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. Documentación: Dejar constancia en la historia clínica de la etiología del síntoma, tratamientos instaurados y resistencia a estos.
3. Evaluación interdisciplinar: Evaluación conjunta por un equipo interdisciplinario.
4. Intención de aliviar el sufrimiento: Utilización de dosis adecuadas y proporcionadas al síntoma que se desea aliviar, ajuste de la dosis al nivel de conciencia, reversibilidad y uso de fármacos de rápida metabolización y vida media.
5. Consentimiento informado: Obtener siempre el consentimiento informado del paciente.

El Consentimiento en la Sedación Paliativa

Según la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, todo paciente tiene derecho a conocer información clara y entendible sobre su proceso de enfermedad y los tratamientos propuestos. También tiene derecho a no ser informado si así lo desea.

Procedimiento para la Sedación

- Los fármacos de elección en la sedación paliativa incluyen:
 - Benzodiacepinas (midazolam)
 - Neurolépticos sedativos (clorpromazina o levomepromazina)
 - Anticonvulsivantes (fenobarbital)
 - Anestésicos (propofol)

Sedación con Midazolam por Vía Subcutánea

Es el método de elección en el domicilio. Involucra tres conceptos: dosis de inducción, dosis de rescate y dosis de infusión continua. La dosis de inducción busca alcanzar el nivel de sedación adecuado, utilizando bolos de 2.5 a 5 mg cada 4 horas, ajustados según el estado de consciencia del paciente. Para pacientes con tolerancia previa a benzodiazepinas, la dosis de inducción será de 5-10 mg.

Si el paciente presenta agitación o mantiene el síntoma refractario tras la dosis de inducción, se administra una dosis de rescate igual a la dosis inicial. Esta dosis puede repetirse tantas veces como sea necesario hasta alcanzar la sedación, teniendo en cuenta que el inicio de la acción por vía subcutánea requiere de 10 a 15 minutos, y la vida media del midazolam puede variar entre 2 y 5 horas.

Tras 24 horas de inducción, se calcula la dosis de infusión continua sumando todas las dosis administradas en las últimas 24 horas. Las dosis de rescate serán aproximadamente 1/6 de la dosis total diaria y se proporcionan al cuidador principal, que es entrenado para administrarlas.

Sedación con Midazolam por Vía Endovenosa

Utilizada en ámbito hospitalario, la dosis de inducción se administra en bolos lentos de 1.5 a 3.5 mg, repitiendo la dosis cada 5 minutos hasta alcanzar el nivel de sedación necesario. La dosis de inducción, multiplicada por seis, será la dosis administrada en infusión continua durante las siguientes 24 horas. Las dosis de rescate serán iguales a la dosis de inducción y se añadirán tantas veces como sean necesarias.

Sedación con Levomepromacina por Vía Subcutánea

Elegida en domicilio si el síntoma principal es el delirium. Si el paciente está bajo sedación previa con midazolam, la dosis de este fármaco se reduce en un 50% al iniciar la inducción con levomepromacina. La dosis inicial es de 12.5-25 mg con un intervalo de 6-8 horas, debido a su mayor vida media. La dosis diaria de infusión continua suele ser aproximadamente 100 mg.

Sedación con Clorpromazina por Vía Endovenosa

Utilizada en ámbito hospitalario, con dosis iniciales de 12.5-25 mg en intervalos de 6-8 horas. La dosis de mantenimiento es de 12.5 a 50 mg cada 6-8 horas, con un máximo de 300 mg diarios. Está contraindicada por vía subcutánea.

Sedación con Fenobarbital por Vía Subcutánea

Utilizada en el domicilio, especialmente si fallan los escalones previos con midazolam o levomepromacina. Al iniciar la inducción con fenobarbital, se suspenden los tratamientos con benzodiazepinas y neurolépticos, y se reduce el tratamiento opioide a la mitad de la dosis. La dosis inicial es de 100 mg, alcanzando la concentración plasmática máxima en 2 horas, con una dosis total de 600 mg en el primer día y ajuste en días sucesivos.

CONCLUSION

La sedación paliativa representa una intervención crucial en el cuidado al final de la vida, permitiendo a los pacientes terminales experimentar una reducción significativa de sufrimiento insoportable cuando otros tratamientos no resultan efectivos. Este procedimiento, que debe ser realizado de manera proporcional y con el consentimiento informado del paciente, asegura que la disminución del nivel de conciencia sea la mínima necesaria para lograr el alivio deseado, manteniendo siempre el respeto a la dignidad y autonomía del paciente.

Además, la implementación de la sedación paliativa requiere una cuidadosa evaluación interdisciplinaria, documentación exhaustiva y una adecuada comunicación con el paciente y su familia. Los profesionales sanitarios deben garantizar que esta práctica no se utilice para aliviar la carga emocional de los cuidadores, sino exclusivamente para mitigar el sufrimiento del paciente.

En resumen, la sedación paliativa es una herramienta ética y legalmente aceptada que, cuando se emplea adecuadamente, puede proporcionar una mejor calidad de vida en los momentos finales, asegurando que los pacientes puedan morir con dignidad y sin dolor innecesario.