

Materia:

Medicina Paliativa.

Nombre del trabajo:

“Sedación paliativa-Eutanasia”

Alumna:

Keyla Samayoa Pérez.

Grupo: “A” Grado: “6”

PASIÓN POR EDUCAR

Docente:

Dr. Agenor Abarca Espinoza.

°° SEDACIÓN PALIATIVA °°

INTRODUCCIÓN.

La sedación paliativa es una maniobra técnica que permite aliviar las molestias que se manifiestan durante el proceso de una enfermedad grave o terminal. Muchos enfermos, al final de su vida, padecen un sufrimiento intenso. 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, la obtención del consentimiento informado y el uso de los fármacos indicados a las dosis adecuadas. Puede realizarse bien en ámbito hospitalario, bien en domicilio, según preferencias del enfermo. La sedación puede plantearse de forma intermitente o continua. Los cuidados paliativos se aplican a enfermos que cursan patologías terminales que se encuentran fuera de tratamiento médico, o muy graves con procedimientos que prolongan la vida.

SEDACION PALIATIVA.

Es la disminución del nivel de consciencia del enfermo, una vez obtenido el 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 (aquel que no puede ser controlado de forma adecuada con los tratamientos habitualmente disponibles, aplicados por médicos expertos, en un plazo de tiempo razonable).

→ Tipos de sedación.

Según su temporalidad:

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

Según su intensidad:

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

Sedación paliativa en la agonía: Utilizada 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.**

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

-Que se utilice ante un síntoma refractario, no ante un síntoma de difícil control. (El paciente debe padecer una enfermedad avanzada en fase terminal y no debe de haber posibilidades razonables de otro tratamiento para controlar el síntoma: 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.

-Dejar constancia en la historia clínica: etiología del síntoma, tratamientos instaurados y resistencia a estos.

-Intención de aliviar el sufrimiento: utilización de dosis adecuadas y proporcionadas al síntoma que queremos aliviar, ajuste de la dosis al nivel de conciencia, reversibilidad y uso de fármacos de rápida metabolización y vida media.

→ **Consentimiento de la sedación paliativa.**

Este debe basarse en la **Ley 41/2002, de 14 de noviembre**, donde se resalta 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 desea.

La autonomía es un derecho de los enfermos que el médico debe respetar. El consentimiento es el procedimiento médico formal cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente. Este debe reunir los siguientes requisitos:

- **Voluntariedad:** los sujetos deben decidir libremente someterse a un tratamiento o someterse a un estudio sin que haya persuasión ni manipulación.
- **Información:** debe ser comprensible e incluir el objetivo, beneficio y riesgos del tratamiento
- **Comprensión:** 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.

→ **Procedimiento para la sedación.**

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

Se utiliza 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.

→ **EVALUACIÓN DE LA SEDACIÓN**

Consiste en observar y anotar la profundidad de la sedación utilizando una escala adecuada. Generalmente, se usa la escala de Ramsay, que permite evaluar el nivel de sedación que se quiere lograr (a partir del nivel 4, el paciente está dormido). En la sedación paliativa, el objetivo clínico es mantener al paciente entre los niveles 5 y 6 de la escala de Ramsay.

CONCLUSIÓN.

La sedación paliativa es una de las herramientas más importantes y controversiales dentro del área de salud ya que debe de ser llevada a cabo con estrictos criterios éticos y legales, es una maniobra técnica que permite aliviar las molestias que se manifiestan durante el proceso de una enfermedad incurable, avanzada e irreversible, con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, 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, y pronóstico de vida limitado, Puede realizarse bien en ámbito hospitalario o bien en domicilio, según las 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. 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.

°° EUTANASIA °°

INTRODUCCIÓN

Este término ha significado cosas muy diferentes a través de la historia y las personas lo entienden de formas distintas. Por una parte, se puede decir que se usa de manera habitual para referirse a aquellas acciones que tienen en común el hecho de poner fin a la vida de un ser humano que sufre. Pero es necesario definir la eutanasia de una manera más precisa: es el acto o procedimiento, por parte de un médico para producir la muerte de un paciente, sin dolor, y a petición de éste, para terminar con su sufrimiento.

Prácticas que buscan poner fin a la vida de un ser humano bajo la justificación de que el paciente así lo quiere, ya sea porque sufre una enfermedad incurable o que se encuentre en estado vegetativo.

Dicho procedimiento cuenta, idealmente, con la aprobación voluntaria y solicitud explícita de parte del paciente, o de su responsable, en caso de hallarse incapacitado para manifestar la propia voluntad.

EUTANASIA.

Es el acto o procedimiento, por parte de un médico para producir la muerte de un paciente, sin dolor, y a petición de éste, para terminar con su sufrimiento. Es importante mencionar que la eutanasia es una acción excepcional que se considera una vez que se han agotado todas las formas posibles de ayuda para evitar el sufrimiento del enfermo.

→ **Suicidio médicamente asistido**

Es la ayuda que da un médico a un paciente que quiere terminar su vida, se entiende que sin dolor y para poner fin a su sufrimiento, igual que sucede en la eutanasia. En el suicidio médicamente asistido el médico se limita a proporcionar los medios al paciente como es la prescripción de una dosis letal de medicamentos para que el enfermo los use por sí mismo. De esta forma, la última acción que causa la muerte la realiza la misma persona que muere.

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

Es la acción con la cual un médico pone fin a la vida de un paciente cuando se considera que la muerte es la mejor solución para resolver su situación, aun cuando éste no pueda expresar su voluntad.

Se realiza en diferentes tipos de pacientes: neonatos con graves enfermedades y discapacidades al nacer y pacientes que en algún momento expresaron su deseo de que se les aplicara la eutanasia y en las etapas finales de su enfermedad ya no pueden comunicarse por las condiciones médicas que presentan Ej. (sangrado y

asfixia o neumonía y septicemia). Esta acción resulta muy controvertida ya que falta el principal elemento por el cual se ha considerado la eutanasia una práctica éticamente aceptable: la autonomía de la persona para decidir el final de su vida. La cuestión es que, por diferentes causas, en la práctica médica se dan situaciones en que una persona está incapacitada para expresar su voluntad, pero existen elementos para saber o suponer que, si pudiera expresarla, pediría la terminación de su vida. El caso de los bebés es aún más especial porque éstos no pueden expresar su voluntad y son los padres quienes toman las decisiones por ellos.

→ **Muerte médicamente asistida.**

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

→ **Eutanasia pasiva y eutanasia activa.** “limitación del esfuerzo terapéutico”

La eutanasia pasiva se refiere a la muerte que se produce como efecto de la omisión o suspensión de acciones médicas que permitirían preservar la vida. La eutanasia activa es la acción que pone fin a la vida del paciente por medio de una intervención encaminada a procurar la muerte, como es la administración de una droga.

→ **Eutanasia indirecta.**

Se ha llamado así a la muerte que se produce como un efecto secundario de los medicamentos que se aplican con el fin de aliviar el dolor u otros síntomas del paciente.

Mientras que en la eutanasia propiamente dicha la acción del médico tiene como fin directo causar la muerte, en esta otra forma de terminación de vida, la muerte se considera un efecto previsible pero indeseable. Esta forma de terminación de vida forma parte de los cuidados paliativos en la medida en que estos proporcionan tratamientos para aliviar el sufrimiento de los pacientes y los médicos no tienen por qué abstenerse de aplicarlos por el hecho de anticipar que puede producirse la muerte como una consecuencia inevitable. Sin embargo, aun cuando se supone que se trata de una acción médica legal, no existe suficiente claridad al respecto ni entre los médicos ni entre los pacientes y familiares, razón por la cual, en muchas ocasiones, los médicos no dan a sus pacientes el tratamiento paliativo adecuado por miedo de causar indirectamente la muerte y ser acusados de cometer un delito. En realidad, no siempre es fácil establecer el límite entre esta forma de terminación de vida y la eutanasia por el simple hecho de que no siempre se pueden distinguir las intenciones de una determinada acción una vez que se conocen sus efectos. Es lo que sucede con la llamada sedación paliativa o sedación terminal, mediante la cual se induce al enfermo a un estado en el que pierde la conciencia y un tiempo después sobreviene la muerte.

→ **Documento de voluntades anticipadas.**

Se ha impulsado el uso de este documento para encontrar solución a situaciones críticas que se presentan con cierta frecuencia en las que un paciente adulto se encuentra incapacitado para participar en las decisiones sobre el final de su vida. Mediante el documento de voluntades anticipadas, los individuos, cuando son competentes, pueden establecer su voluntad sobre los tratamientos que querrían y los que no querrían que les aplicaran en caso de encontrarse en situaciones muy críticas en las que ya no pueden expresar sus deseos y otros deben decidir por ellos. Para su aplicación, este documento tendrá las limitaciones que impongan las leyes vigentes en los diferentes países. Esto significa, por ejemplo, que no podría garantizarse la aplicación de una eutanasia si esta práctica no ha sido legalizada.

CONCLUSION:

La eutanasia sigue siendo un tema controversial dentro del ámbito de la medicina tanto bióticamente como legalmente algunos la consideran buena y por el otro lado el contrario.

Los cuidados paliativos y eutanasia no son acciones excluyentes, al contrario, son complementarias. Los cuidados paliativos pueden evitar muchas solicitudes de eutanasia, pero también tienen límites. En estos casos es cuando un paciente puede considerar la eutanasia.

Esta es una práctica con el único fin de ayudar a los enfermos que sufren a causa de alguna enfermedad degenerativa, irreversible y mortal. Esta práctica muy controversial para algunos son las que buscan poner fin a la vida de un ser humano bajo la justificación de que el paciente así lo quiere, ya sea porque sufre una enfermedad incurable o que se encuentre en estado vegetativo.

Dicho procedimiento cuenta, idealmente, con la aprobación voluntaria y solicitud explícita de parte del paciente, o de su responsable, en caso de hallarse incapacitado para manifestar la propia voluntad.

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

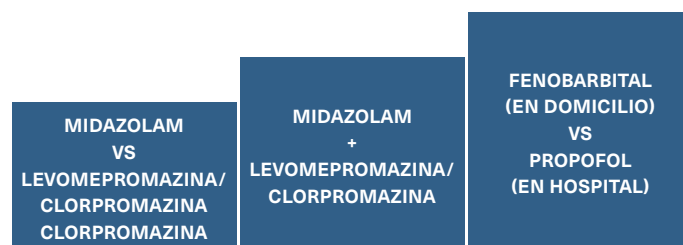
Los fármacos de elección en la sedación paliativa son^{2,5}:

- Benzodiazepinas (midazolam).
- 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 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: $(5 \text{ mg} \times 6) + 2,5 \text{ mg} + 2,5 \text{ mg} = 35 \text{ mg}$.
- 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 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 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.

COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA
Órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud
EUTANASIA. AGUNOS ELEMENTOS PARA EL DEBATE

Introducción

Es muy positivo que exista una preocupación por parte de los legisladores por impulsar leyes que hagan posible que los mexicanos puedan tener una muerte digna. También es deseable y necesario que se genere un debate en la opinión pública sobre este tema. Las diferentes iniciativas de ley que han aparecido -o que tenemos conocimiento que actualmente se comentan- se refieren a la eutanasia activa, la eutanasia pasiva y la voluntad anticipada. Sin embargo, existe mucha confusión sobre los conceptos que se discuten, especialmente cuando se habla de eutanasia.

La Comisión Nacional de Bioética, respondiendo a su misión de crear una cultura de bioética en el país, describe por medio de este documento los principales conceptos relacionados con el tema de la eutanasia y la dignidad al final de la vida en el contexto de la atención médica. Esto con el objeto de contribuir a que se dé un debate informado, sustentado, razonado y razonable y se produzcan acercamientos entre puntos de vista divergentes que se traduzcan en beneficio para la sociedad en su conjunto.

Eutanasia

Este término ha significado cosas muy diferentes a través de la historia y hoy mismo las personas lo entienden de formas distintas. Por una parte, se puede decir que se usa de manera habitual para referirse a una gama muy amplia de acciones que tienen en común el hecho de poner fin a la vida

de un ser humano que sufre. Sin embargo, este uso no ayuda nada al debate porque no establece diferencias entre acciones que sí implican diferencias éticas muy importantes y que dependen de las circunstancias en que se produce un acto que causa la muerte de un enfermo.

Por tal razón, es necesario definir la eutanasia de una manera más precisa: es el acto o procedimiento, por parte de un médico para producir la muerte de un paciente, sin dolor, y a petición de éste, para terminar con su sufrimiento.

Esta definición, que se inspira en la que se utiliza en los Países Bajos, tiene el mérito de ser muy específica. Desde que en 1984 se despenalizó la eutanasia en ese país fue necesario establecer muy claramente los límites de lo que podía permitirse legalmente, de manera que se requirió mucha precisión al definir su práctica, la cual se legalizó en 2002.

Esta definición excluye muchas acciones con las que, equivocadamente, se confunde la eutanasia. Resulta inexacto llamar así una acción que provoca la muerte si la persona que la realiza no es un médico, si la persona que muere no padece una enfermedad o una condición médica que le cause un sufrimiento intolerable, si la acción que causa la muerte va acompañada de dolor, y, sobre todo, si la muerte no se produce en respuesta a la solicitud de quien fallece.

Es importante mencionar que la eutanasia es una acción excepcional que se considera una vez que se han agotado todas las formas posibles de ayuda para evitar el sufrimiento del enfermo.

Suicidio médicamente asistido

Es la ayuda que da un médico a un paciente que quiere terminar su vida -se entiende que sin dolor y para poner fin a su sufrimiento, igual que sucede en la eutanasia-. En el suicidio médicamente

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

Acción de terminación de la vida sin solicitud expresa del paciente.¹

Es la acción con la cual un médico pone fin a la vida de un paciente cuando se considera que la muerte es la mejor solución para resolver su situación, aun cuando éste no pueda expresar su voluntad.

Se realiza en diferentes tipos de pacientes: neonatos con graves enfermedades y discapacidades al nacer y pacientes que en algún momento expresaron su deseo de que se les aplicara la eutanasia y en las etapas finales de su enfermedad ya no pueden comunicarse por las condiciones médicas que presentan -por ejemplo, sangrado y asfixia o neumonía y septicemia-.

Esta acción resulta muy controvertida ya que falta el principal elemento por el cual se ha considerado la eutanasia una práctica éticamente aceptable: la autonomía de la persona para decidir el final de su vida.

La cuestión es que, por diferentes causas, en la práctica médica se dan situaciones en que una persona está incapacitada para expresar su voluntad, pero existen elementos para saber o suponer que, si pudiera expresarla, pediría la terminación de su vida. El caso de los bebés es aún más especial porque éstos no pueden expresar su voluntad y son los padres quienes toman las decisiones por ellos. El punto a discutir es si, en todas esas situaciones es preferible actuar y

¹ Es el término utilizado en los Países Bajos para distinguir esta acción de la eutanasia. En la literatura se puede encontrar **como** LAWER, por sus siglas en inglés: *life ending acts without explicit request*.

acelerar la muerte del paciente o no actuar en ese sentido. Lo que no debe perderse de vista es que en la terminación de la vida sin solicitud expresa, la decisión se toma apoyándose en lo que sería la voluntad del paciente si pudiera expresarla, lo cual es muy diferente a decidir una terminación de la vida en contra o sin tomar en cuenta la voluntad de alguien que sí puede expresarla.

Muerte médicamente asistida

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

Eutanasia pasiva y eutanasia activa

Esta clasificación ha sido ampliamente utilizada y, por eso, vale la pena revisarla, aun cuando en la literatura bioética tiende a desaparecer.

La eutanasia pasiva se refiere a la muerte que se produce como efecto de la omisión o suspensión de acciones médicas que permitirían preservar la vida. Desde hace unos años, en la literatura bioética esta acción se conoce como “limitación del esfuerzo terapéutico”. La eutanasia activa es la acción que pone fin a la vida del paciente por medio de una intervención encaminada a procurar la muerte, como es la administración de una droga.

En general, la llamada eutanasia pasiva tiene mayor aceptación desde el punto de vista religioso y social. Se podría decir que plantea menos problemas morales porque se considera que es la naturaleza la que acaba provocando la muerte del paciente sin que haya una intervención directa del médico. Se ve como una forma de terminación de vida que evita muchas muertes inútilmente dolorosas causadas por el uso indiscriminado de la tecnología médica.

Si bien es cierto que en muchas situaciones con esta decisión se puede evitar que se prolongue una situación de sufrimiento, no es tan evidente que exista una diferencia en términos éticos entre lo que se ha llamado eutanasia pasiva y la eutanasia activa. Si las dos buscan que sobrevenga la muerte para poner fin a un sufrimiento intolerable, no debería implicar un juicio moral que en una se requiere hacer y en otra dejar de hacer. Parece una contradicción que sólo se considere válido ayudar a morir a quien pide dejar de sufrir cuando esto supone abstenerse de dar tratamiento y que no sea válido dar esa ayuda cuando no hay nada que quitar o dejar de hacer para que la persona muera.

Por otra parte, es necesario definir con claridad qué decisiones abarca la limitación del esfuerzo terapéutico. Si bien hay un acuerdo general de que debe respaldarse la decisión de un paciente que rechaza un tratamiento -y la decisión de la familia en ausencia de la expresión de la voluntad del enfermo-, no hay consenso sobre las acciones que abarca esta decisión: si la hidratación artificial debe considerarse un tratamiento o una medida de cuidado básico. Para el médico, el paciente y los familiares es muy importante tener claridad sobre lo que está permitido legalmente. Actualmente no hay claridad al respecto.

Cuidados paliativos

Tienen como objetivo apoyar y cuidar a los pacientes en las últimas fases de su enfermedad para que vivan tan plena y confortablemente como sea posible y encuentren la muerte con dignidad. Los cuidados paliativos sustituyen a los tratamientos curativos cuando estos no ofrecen los beneficios deseados o los efectos adversos superan los beneficios. Con el fin de maximizar la calidad de vida de los pacientes, se les da una atención integral que abarca los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales. Por lo mismo, estos cuidados deben ser llevados por equipos

interdisciplinarios y deben incluir a la familia. Estos cuidados pueden darse en el hospital o en el domicilio del paciente; lo importante es que se cuente con los elementos necesarios para brindarlos. De hecho, muchos pacientes eligen estar en su casa cuando saben que están viviendo la etapa final de su vida.

Eutanasia indirecta

Se ha llamado así a la muerte que se produce como un efecto secundario de los medicamentos que se aplican con el fin de aliviar el dolor u otros síntomas del paciente. Mientras que en la eutanasia propiamente dicha la acción del médico tiene como fin directo causar la muerte, en esta otra forma de terminación de vida, la muerte se considera un efecto previsible pero indeseable. Esta forma de terminación de vida forma parte de los cuidados paliativos en la medida en que estos proporcionan tratamientos para aliviar el sufrimiento de los pacientes y los médicos no tienen por qué abstenerse de aplicarlos por el hecho de anticipar que puede producirse la muerte como una consecuencia inevitable. Sin embargo, aun cuando se supone que se trata de una acción médica legal, no existe suficiente claridad al respecto ni entre los médicos ni entre los pacientes y familiares, razón por la cual, en muchas ocasiones, los médicos no dan a sus pacientes el tratamiento paliativo adecuado por miedo de causar indirectamente la muerte y ser acusados de cometer un delito.

En realidad, no siempre es fácil establecer el límite entre esta forma de terminación de vida y la eutanasia por el simple hecho de que no siempre se pueden distinguir las intenciones de una determinada acción una vez que se conocen sus efectos. Es lo que sucede con la llamada sedación paliativa o sedación terminal, mediante la cual se induce al enfermo a un estado en el que pierde la conciencia y un tiempo después sobreviene la muerte.

Documento de voluntades anticipadas²

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

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

Para su aplicación, este documento tendrá las limitaciones que impongan las leyes vigentes en los diferentes países. Esto significa, por ejemplo, que no podría garantizarse la aplicación de una eutanasia si esta práctica no ha sido legalizada.

A continuación se incluyen algunos términos que no son ampliamente utilizados en la literatura bioética, pero que vale la pena mencionar porque de alguna forman parte del debate relacionado con la eutanasia al ser difundidos por algunos medios y haber sido incluidos en algunas iniciativas de ley.

Ortotanasia, distanasia y adistanasia

El uso de estos términos ha sido impulsado en los últimos tiempos por quienes buscan una propuesta de terminación de vida que se aparte de la eutanasia por ser ésta una acción que consideran inaceptable. Si bien estos términos logran eludir el estigma de la palabra eutanasia,

² Es preferible este término al de “testamento vital”

también generan confusión por el hecho de utilizar una nueva nomenclatura para referirse a las mismas acciones para las cuales ya existen definiciones ampliamente utilizadas.

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

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

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

Algunas consideraciones importantes

Cuidados paliativos y eutanasia no son acciones excluyentes, al contrario, son complementarias. Los cuidados paliativos pueden evitar muchas solicitudes de eutanasia, pero también tienen límites. En estos casos es cuando un paciente puede considerar la eutanasia.

En los lugares en que se permite legalmente la eutanasia los médicos nunca están obligados a aplicarla si consideran que tal acción va en contra de sus valores. Por esta razón, es importante que un paciente que está considerando la posibilidad de pedir la eutanasia a su médico se lo comunique con anticipación. Así, en caso de que éste la considere una práctica contraria a sus valores, podrá

ponerlo en contacto con un colega que esté de acuerdo en dar al paciente la ayuda que desea. Por otra parte, es importante señalar que los mismos médicos que están dispuestos a responder a un pedido de eutanasia deben asegurarse, en cada caso particular, que el pedido del paciente está justificado. No podrán responder al pedido si consideran que no se cumplen los criterios establecidos legalmente para permitir la eutanasia -si, por ejemplo, el médico duda que el pedido del paciente es realmente libre o si considera que aún existen alternativas para aliviar su sufrimiento-.

La terminación de la vida de pacientes en estado vegetativo persistente correspondería a una decisión que se ubicaría en una categoría que combinaría algo de la llamada eutanasia pasiva y algo de una acción de terminación de vida sin solicitud expresa. Por un lado, se puede justificar la interrupción del tratamiento porque no le va a brindar ningún beneficio al paciente. Por otro lado, es necesario tomar una decisión en la que el paciente ya no puede participar. Es un ejemplo en donde se facilitaría la decisión con un documento de voluntades anticipadas. Cabe mencionar también, que los casos de estado vegetativo persistente, así como los de sedación paliativa o terminal, son el tipo de casos para los que tanto el personal de salud, como los familiares, pueden apoyarse en la consejería ofrecida por los comités hospitalarios de bioética, cuerpos colegiados que tienen justamente como función, apoyar en la toma de decisiones moralmente complejas con diversas alternativas técnicas correctas.

Consejo de la Comisión Nacional de Bioética

Dr. Guillermo Soberón Acevedo (Presidente)

Vocales:

Dra. Asunción Álvarez del Río

Dr. Roberto Blancarte Pimentel

Dra. Ingrid Brena Sesma

Dr. José Kuthy Porter

Dra. Juliana González Valenzuela

Dr. Adolfo Martínez Palomo

Dra. Dafna Feinholz Klip (Secretaria Técnica y Directora Ejecutiva de la CNB).