

Nombre de alumno:

Paola Isabel Díaz Sánchez

Nombre del profesor:

Agenor Abarca Espinoza

Nombre del trabajo:

Artículos y resúmenes

Materia: Medicina Paliativa

Grado: 6 grupo: A

ARTÍCULOS ESPECIALES

Sedación paliativa

Palliative sedation

Clementina Acedo Claro^a , Bárbara Rodríguez Martín^b

^aUnidad de Cuidados Paliativos. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo (España).

^bEquipo de Soporte de Cuidados Paliativos. Hospital San Agustín de Linares. Jaén (España).

RESUMEN

Muchos enfermos, al final de su vida, padecen un sufrimiento intenso en el contexto de síntomas refractarios (aquellos que no pueden ser adecuadamente controlados con los tratamientos disponibles, aplicados por médicos expertos). La sedación paliativa es la disminución deliberada del nivel de consciencia del enfermo, con el objetivo de evitar un sufrimiento insoportable causado por uno o más síntomas refractarios. Debe cumplir una serie de requisitos para ser considerada una práctica ética y lícita, como son: la intención de aliviar el sufrimiento, una valoración correcta del sufrimiento y síntomas que lo provocan, la obtención del consentimiento informado y el uso de los fármacos indicados y a las dosis adecuadas. Puede realizarse bien en ámbito hospitalario, bien en domicilio, según preferencias del enfermo, siendo en este último caso la vía subcutánea la de elección. El fármaco de primera línea es el midazolam, tanto intravenoso como subcutáneo, y en el caso de que el síntoma principal sea el delirium utilizaremos la levomepromacina. La sedación puede plantearse de forma intermitente o continua. Es imprescindible una monitorización del enfermo sedado, tanto del nivel de sedación adquirido como de signos o síntomas de sufrimiento, y un acompañamiento de la familia.

Palabras clave: sedación paliativa; cuidados paliativos; hipnóticos y sedantes

ABSTRACT

Many patients who are nearing the end-of-life suffer from intense anguish in terms of refractory symptoms, those that cannot be adequately controlled with the available treatments provided by expert doctors. Palliative sedation is the deliberate lowering of the patient's depth of consciousness to avoid unbearable anguish caused by one or more refractory symptoms. It must meet multiple requirements to be considered an ethical and

legal practice, such as the intent to relieve anguish, proper evaluation of the agony and the symptoms that cause it, the obtaining of informed consent and the use of the indicated drugs at the appropriate dose. Depending on the patient's preferences, this can be performed either in an inpatient environment or at home, where the subcutaneous route is the method of choice. The first-line drug is midazolam, administered both intravenously and subcutaneously. If the patient experiences delirium as the primary symptom, levomepromazine will be administered. Sedation may be considered intermittently or continuously. It is essential to monitor the patient under sedation, both the depth of sedation acquired and the signs or symptoms of anguish, and to support the family.

Keywords: Hypnotics and Sedatives; Palliative Care; Palliative Sedation

«El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Cuando ya no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aun cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida» (Código de deontología médica, 2011).

INTRODUCCIÓN

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

Tipos de consentimiento:

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

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

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

PROCEDIMIENTO PARA LA SEDACIÓN

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

- 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 benzodiacepinas por tratamientos previos, la dosis de inducción será 5-10 mg^{2,5,7}.

Si, tras la dosis de inducción, el paciente presenta agitación o mantiene el síntoma refractario, se administra una dosis de rescate extra igual a la dosis de inducción inicial. Puede repetirse la dosis de rescate tantas veces como se precise hasta alcanzar la sedación, siempre teniendo en cuenta que el inicio de la acción por vía subcutánea requiere de 10 a 15 min, y que la vida media del midazolam puede fluctuar entre 2 y 5 h.

Tras 24 h de inducción, se calcula la dosis de infusión continua, sumando todas las dosis (inducción + rescates) administradas en las últimas 24 h, obteniendo así la cantidad a cargar en un infusor de 24 h, o bien dividiendo esa cantidad total entre 24, obteniendo así los miligramos/hora a administrar mediante bomba de infusión continua^{2,5,7}.

Las dosis de rescate serán de aproximadamente 1/6 de la dosis total diaria, y se podrán seguir utilizando durante todo el procedimiento de la sedación^{2,5,7}.

Se aconseja proporcionar al cuidador principal las dosis de rescate cargadas en el domicilio, y entrenar a este para administrarlas. Para ello se puede utilizar jeringas de 10 cm³, cargando los miligramos de cada dosis de rescate por cada 1 cm³; de esta manera tendrán 10 rescates.

Ejemplo:

- Paciente que precisa dos bolos de 2,5 mg para alcanzar el nivel de sedación adecuado. Su dosis de inducción será 5 mg.
- Tras 24 h, además de 5 mg cada 4 h, ha precisado dos bolos extras de 2,5 mg. La dosis total de infusión continua será: (5 mg x 6) + 2,5 mg + 2,5 mg = 35 mg.
- La dosis de rescate, 1/6 de la dosis de infusión, serían 6 mg aproximadamente.

SEDACIÓN CON MIDAZOLAM POR VÍA ENDOVENOSA

De utilización en el ámbito hospitalario. En este caso la dosis de inducción se calcula administrando entre 1,5 y 3,5 mg en bolo lento⁵, repitiendo la dosis cada 5 min hasta alcanzar el nivel de sedación mínimo con el que se logre el control del síntoma refractario. La suma de las dosis que han sido necesarias se denomina dosis de inducción. Dicha dosis de inducción, multiplicada por seis, será la dosis a administrar en infusión continua durante las siguientes 24 h. Las dosis de rescate serán las mismas que la dosis de inducción y se añadirán tantas veces como sean precisas.

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

SEDACIÓN CON LEVOMEPRMACINA POR VÍA SUBCUTÁNEA

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

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

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

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

SEDACIÓN CON CLOPROMACINA POR VÍA ENDOVENOSA

De utilización en ámbito hospitalario.

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

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

Está contraindicada la administración de clorpromacina por vía subcutánea.

SEDACIÓN CON FENOBARBITAL POR VÍA SUBCUTÁNEA

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

Al iniciar la inducción con fenobarbital, hay que suspender el tratamiento con 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 benzodiazepinas 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

Introducción:

Cuando se empieza hablar de sedación es necesario saber que se hace para aliviar el dolor intenso que sufre el paciente y también para el momento en el que está en agonía el paciente sufre constantemente este procedimiento es necesario que se realice con especialistas ya que es de un proceso de alto impacto para la vida de los pacientes que están en su última etapa.

Cuando las enfermedades son refractarias es necesario que se cheque que la agudeza de las enfermedades, en los momentos en el que el paciente esta aun consiente es necesario que se empiece el uso de los medicamentos a las dosis adecuadas para que se alivie el dolor de los pacientes un efecto que ayuda a que ya no sufra del dolor intenso uno de los efectos es que el paciente este inconsciente el cual pues no siente dolor.

En paliativa hay dos tipos de sedación ya que existe la que es continua es la que es de un periodo indicado sin tener interrupción, también es necesario saber que la intermitente es solo para algunas movilizaciones necesarias.

La intensidad que tiene la sedación es profunda en la cual el paciente se duerme y aunque le estén hablando no reacciona hasta que pasa lo que es el efecto, la sedación superficial el paciente esta consiente, pero solo es para poder aliviar lo que es el dolor, en paliativa se utiliza más este método, porque ya están en su etapa final y pues para que se puedan despedir junto a sus familiares.

Para que se pueda hacer la sedación es necesario saber que se debe de cumplir, diversos requisitos es necesario saber que no se hace con el fin de que la familia del paciente se sienta más aliviado, se debe de hacer solo para poder aliviar lo que es el dolor del paciente, y solo cuando el paciente ya está en la etapa final de sus enfermedad, también es necesario saber que va de la mano que la historia clínica para saber qué problemas a tenido en cuanto el tratamiento que ha llevado durante su enfermedad.

La ley 41 de 2002 dice que es un derecho del paciente saber que enfermedad tiene pero también está en todo su derecho también si no lo quiere saber es importante explicarle los procedimientos que se les debe de realizar para que lleve un seguimiento adecuado pero también es necesario que firme algunos papales que otorgue el permiso para realizarle los procedimientos que se necesitan para poder saber qué es lo que tiene como es que va avanzando lo que es la enfermedad, también tiene el derecho de saber y de poder comprender la gravedad de su enfermedad y de explicarle para que sirve cada uno de los procedimientos que se quieren realizar, hay diversos tipos de consentimientos, los cuales son: el consentimiento explícito es aquel en el que el paciente aún tiene uso de la razón y pues firma para que se le realice lo que son los procedimiento el de uso explícito es aquel en el que el paciente está en un estado en el cual no puede disponer de su razón es por eso que es firmado por sus familiares para el beneficio de el.

La sedación se utiliza en diferentes casos es de una situación crítica en la cual se debe de realizar de manera rápida, también está la de diversos síntomas y la cual es la que no se identifica.

Los fármacos más utilizados para la sedación es el midazolam como primer medicamento después neurolepticos sedativos los cuales son clorpromazina y levomepromazina.

Conclusión:

La sedación ayuda a todos los pacientes con un dolor intolerable es por eso que se les administra ya cuando están en lo que es su etapa final pero también es necesario saber que los efectos secundarios es que están inconscientes para que el dolor pues no sea tan feo, también es muy importante tomar en cuenta la decisión que tome el paciente conforme a su enfermedad si es que la quiere saber o bien si no, también es necesario que se tome el consentimiento del paciente para poder checar el avance de su enfermedad.

La eutanasia

Una de las discusiones más intensas de las últimas décadas relacionadas con el fin de la vida es la que aborda la cuestión de la eutanasia y todas sus variantes. Las actitudes médicas frente al enfermo pueden ser de diferentes tipos. La eutanasia es entendida como la intervención de la medicina por acción u omisión con el objeto de suprimir la vida en forma prematura. Es distinta al suicidio asistido que responde a una petición del paciente. La eutanasia se basa en una decisión médica cuyo móvil es la piedad, aunque para muchos es una atribución exagerada de la libertad médica. Por ejemplo, cuando se administran fármacos en exceso para aliviar el dolor, siempre será una incógnita si el acto médico que produjo el deceso fue con intención o por "doble efecto", quitar el dolor al mismo tiempo que se acelera el tramo hacia la muerte. Otro concepto que vale la pena aclarar es el de la distanacia, según la cual hay una exageración del valor de la vida e impide una muerte digna por el denominado encarnizamiento terapéutico. En la eutanasia predomina el deseo caritativo y en el otro extremo (distanacia) se sobrevalora la ciencia o los dogmas médicos para combatir la muerte con todo lo que esté al alcance y a pesar de todo. La ortotanacia pretende mantener el equilibrio entre ambas posiciones: ni matar ni impedir morir. Esta acción es regulada técnicamente e implica una relación consensuada entre la familia y el equipo profesional. En la ortotanacia se antepone la dignidad del paciente y sus deseos, y se diluye la responsabilidad directa del médico. Desde el punto de vista de Cibeira¹, la eutanasia, el suicidio asistido y la distanacia incrementan el poder del médico cuando en realidad la ciencia, ante un pronóstico inexorable, adquiere connotaciones sociales en donde debe de intervenir en forma directa la familia, el comité de bioética y eventualmente la justicia.

La atención de la bioética contemporánea a los cuidados al final de la vida, tuvo su ímpetu inicial en la Suprema Corte de Nueva Jersey en 1976 con la decisión del caso de Karen Ann Quinlan. Después de una sobredosis de alcohol y droga entró en coma y se mantuvo con respirador y alimentos paraenterales (estado vegetativo). Permaneció en posición fetal durante nueve años llegando a pesar 34 kilos. La petición de los padres después de una larga lucha legal fue concedida el 11 de junio de 1985 cuando Karen tenía 31 años de edad². La corte se basó en el principio al respeto de la elección autónoma sustentando su veredicto en la Primera, Cuarta y

Acti
Ve a

Quinta Enmiendas de la Declaración de Derechos Civiles que se refieren al derecho de privacidad. El veredicto no le dio peso a los deseos de los padres de Karen o a sus médicos, la única persona con algún derecho legal a demandar era la misma Sra. Quinlan. Pero ella no estaba capacitada para proceder con la demanda ni había dejado directrices anticipadas previas al incidente. Al aplicar el ideal de la autonomía, la corte le dio la vuelta al problema central, al argumentar que si ella fuera competente tendría la opción de que le retiraran los aparatos, y no tenía porque perder ese derecho sólo por su incompetencia, y que su padre podía ejercer este derecho por ella, siempre y cuando actuara sobre lo que él creía que eran los deseos de su hija y por sus propios intereses. Desde este momento, el marco de la autonomía para conceptualizar las decisiones relacionadas con el final de la vida ha estado presente.

La reglamentación legal de la eutanasia activa (en forma de suicidio asistido o de la determinación de los médicos de terminar con la vida de un paciente por compasión) en los Países Bajos ha desatado profundos debates sobre las modalidades que puede adquirir el final de la vida. Como hemos visto, la eutanasia alude profundamente a la autoimagen y a la imagen del mundo del hombre, a la comprensión de la enfermedad y la muerteⁱⁱⁱ. La experiencia en Holanda ha sido interesante, a pesar de que la ley prohibía la eutanasia y el suicidio asistido, en la práctica, las autoridades en general no actuaban en contra de los médicos involucrados y en los pocos casos en que lo hacían las penas aplicadas eran muy leves. En un estudio realizado en 1995 se encontró que de 9700 solicitudes anuales de eutanasia activa voluntaria se llevaron a cabo 3200, y en ese mismo lapso se realizaron 400 suicidios asistidos voluntarios y 900 casos de eutanasia no solicitados. Además en cerca de 25000 casos, la muerte era acelerada debido a los tratamientos contra el dolor y otros problemas. En 27000 casos la muerte ocurrió debido a la suspensión o a la falta de iniciación del tratamiento, en total estos 58000 casos constituían el 43% de todas las muertes anuales en Holanda^{iv}. Con estas cifras la Real Sociedad Médica de Holanda en 1997 hizo una propuesta al gobierno para legalizar la eutanasia y el suicidio asistido en adultos mayores de 17 años, a lo que los Ministerios de Justicia y Salud, Bienestar y Deportes respondieron ese mismo año estableciendo cinco comités regionales para evaluar retrospectivamente todos los casos comunicados de esos episodios, y empezaron a trabajar en diciembre de 1998. Cada comité estaba formado por un médico, un abogado y un experto en

Act
Ve a

ética, y su función específica era revisar todos los casos en los que la solicitud fue hecha por un enfermo competente. Los casos detectados fueron enviados a un comité que centralizó la información para realizar la evaluación de la eutanasia. En 1999 el gobierno introdujo la propuesta para legalizar el suicidio con ciertas condiciones, entre las que se incluyó que los comités permanecieran en funciones y que sus conclusiones fueran obligadas para las autoridades penales, o sea, que los médicos ya no serían sujetos de otra evaluación por parte de los fiscales locales. Con la legalización de la eutanasia en abril de 2001, esta dejó de ser considerada un crimen u homicidio desde el punto de vista legal, posibilitando a los médicos y a la sociedad su práctica en el marco de una reglamentación ética y jurídica rigurosa, secular y laica.

En 1998, en el Estado de Oregon (EEUU) se legalizó el suicidio asistido por médicos y al parecer otros Estados han considerado la discusión sobre el tema. La ley busca asegurarse de que la acción de quitarse la vida sea libremente elegida por individuos competentes en pleno uso de sus facultades y no como un acto de desesperación ante ciertas circunstancias adversas. La ley de Oregon incorporó procedimientos legales elaborados y fastidiosos para evaluar cada caso, pues lo que se busca no es si la decisión es sabia o no, sino que la elección realmente sea de la persona que lo solicita^v. En este sentido, la ley se fundamenta en el principio de la autonomía y responsabiliza claramente al paciente sobre su propia decisión.

El Acta de Muerte y Dignidad de Oregon especifica un elaborado procedimiento consistente con los más rigurosos estándares del voluntarismo. Entre los requisitos están dos solicitudes orales de fármacos letales con por lo menos quince días de diferencia, una solicitud escrita con dos testigos seguida de un período de quince días de espera, una evaluación de que el paciente es capaz de tomar decisiones sobre el cuidado de su salud y finalmente la oportunidad de que pueda rescindir la solicitud en el momento en que lo desee. Antes de prescribir los medicamentos letales el médico debe informar al enfermo terminal sobre las alternativas del suicidio (como los cuidados paliativos, etc.) y explícitamente darle al individuo en cuestión la oportunidad de desistir antes de cumplirse el período de quince días. Como podemos apreciar en este procedimiento, los otros están ausentes y la decisión se centra exclusivamente en la

Acti
Ve a

elección racional del paciente, no hay consenso ni discusión abierta del tema. Algunos de los argumentos en contra de la ley que despenaliza la eutanasia, se basan en el temor de que el derecho de morir se convierta en el deber de morir, o que la eutanasia sea practicada por los médicos sin la voluntad explícita de los pacientes moribundos, lo que, como hemos visto, constituye un abuso. Este último temor está considerado en el diseño procedimental de la Ley de Oregon. Además esta ley estipula que las drogas letales sean autoadministradas, y no aplicadas por los médicos u otras personas cercanas, con lo que se pretende afianzar la decisión voluntaria del suicidio.

Es significativo que tanto la experiencia de Holanda como la de Oregon no sugiere el desliz inminente de la pendiente resbaladiza, pues las solicitudes han sido poco numerosas. En Oregon 21 personas eligieron terminar con su vida ingiriendo medicamentos letales prescritos por un médico (0.33% de las 6365 muertes en 2001 por padecimientos similares) y esta cifra se ha mantenido relativamente estable (entre 16 y 27 al año), lo que descarta la teoría de la pendiente resbaladiza. Por lo tanto, autores como Lee, concluyen que no hay razón para ponerse en el camino de quienes están convencidos de los beneficios de la legalización de la eutanasia. Quienes se oponen al suicidio asistido por médicos deberían enfocar sus esfuerzos en ayudar a descubrir los posibles significados y esperanzas que ofrece la vida, y a cuidar con amor y compasión a quienes experimentan el sufrimiento, así como abstenerse de amenazar a los médicos con castigos legales si actúan en contra de sus convicciones ideológicas y religiosas relacionadas con la eutanasia.

En México, el tema de la eutanasia se comenzó a discutir en el senado de la república en junio de 2007 cuando la comisión de salud presentó una iniciativa para permitir la terminación voluntaria de la vida bajo ciertas condiciones. Sus defensores sostienen que no se contraponen a los principios religiosos y consiste en que a los enfermos en fase terminal se les dejen de suministrar los medicamentos o se les retiren los aparatos que los mantienen con vida artificialmente. El proyecto denominado "Ley del Derecho a la Muerte Digna" busca reformar el Código Penal Federal y crea la Ley General de Suspensión de Tratamiento Curativo para aquel paciente que le haya sido diagnosticada una muerte segura en un máximo de seis meses,

Act
Ve a

además de que él o su familia haya dado su consentimiento. La eutanasia pasiva consiste en que a un paciente terminal se le dejan de suministrar medicamentos o le sean retirados los aparatos que le mantienen con vida, mientras que en la eutanasia activa se busca provocar directamente la muerte del enfermo. En ambos casos se cuenta con la asistencia del personal de salud, de la familia o de otros significativos. Cabe hacer notar que los principios que sustentan la argumentación de la propuesta de ley siguen siendo los de la elección racional y la autonomía de las personas adultas, aunque en el lenguaje de los políticos que sustentan la propuesta se habla de la familia y la dignidad. Se espera que la iniciativa se discuta y se apruebe en 2007, ya que cuenta con el apoyo de la mayoría de los partidos representados en el Congreso de la Unión y con la anuencia de la Secretaría de Salud que depende del poder ejecutivo^{vi}. No obstante ya hay voces conservadoras que abogan por los cuidados paliativos y no por la eutanasia^{vii}.

ⁱ Cibeira JB. Medicina y Bioética en el Siglo XXI. Ediciones Lumier. Buenos Aires. 2004:106.

ⁱⁱ Cibeira JB. Medicina y Bioética en el Siglo XXI. Ediciones Lumier. Buenos Aires. 2004:110.

ⁱⁱⁱ Von Engelhardt, Dietrich. La eutanasia entre el acortamiento de la vida y el apoyo a morir: experiencias del pasado, retos del presente. En Von Engelhardt, Dietrich, et.al. (eds.) Bioética y Humanidades Médicas. Editorial Biblos. Academia Argentina de Ética en Medicina. Buenos Aires. 2004:205-215.

^{iv} Pérez Tamayo, Ruy. Ética Médica Laica. Fondo de Cultura Económica. México. 2002: 210.

^v Lee, Daniel E. Physician- Assisted Suicide: A Conservative Critique of Intervention. Hastings Center Report 33, 2003(1): 17-19.

^{vi} El Ministro de Salud en México respalda la propuesta para legalizar la muerte asistida. Agencia EFE. 18 de junio 2007. <http://mx.news.yahoo.com/s/19062007/38/nacional-ministro-salud-m-xico-respalda-propuesta-legalizar-muerte-asistida.html>

^{vii} Ramos, Jaqueline. Se pronuncia Construye por cuidados paliativos y no por eutanasia. Notimex. 30 de junio 2007. <http://mx.news.yahoo.com/s/30062007/7/mexico-pronuncia-construye-cuidados-paliativos-eutanasia.html>

Introducción:

La eutanasia es una forma de quitarle la vida a la persona enferma ya que es de una manera asistida por el médico y de una manera prematura, esto muchas veces es por petición de los pacientes ya que el dolor es muy intenso, algunas personas piensan que los médicos lo realizan para quitarse el trabajo de poder ayudar a sus pacientes pero esto es falso ya que el doctor ayuda a su paciente a tener una muerte digna y lo menos que sufra, también la medicación temprana para aliviar lo que es el dolor aumenta lo que es la muerte ya que pues a dosis muy altas pues estas empieza a dañar más órganos y que el paciente ya no esté tan consciente ya que el tratamiento ya es de una manera exagerada pero que para esa persona alivia lo que es su dolor,

Otro de los conceptos para conocer es la intanasia la cual esta no ayuda a que el paciente muera de manera prematura si no que busca que no muera por manera asistida y que sea de manera natural, la ortanacia es una que es parte de las anteriores está en desacuerdo de lo que el paciente quiere pero también no permite que no muera el paciente busca el apoyo de los familiares y del personal de salud para que el paciente no desee morir de manera prematuras per también que el médico no lo deje morir.

En algunos países la eutanasia no es permitida ya que se hicieron diferentes investigaciones en países bajos la eutanasia era de manera no deseada y algunas veces si pero estop era muy raro ya que muchas veces los familiares le pagaban a los médicos para acelerar su descenso y pues esto es penado, es por eso que hay leyes que hablan sobre la eutanasia en México se habló en la cámara de diputados sobre la eutanasia el 27 de junio de 2007 se dijo que habría una ley en la cual pues se debería de hacer la eutanasia de una manera adecuada, la eutanasia pasiva es cuando se les quita los aparatos que mantienen con vida a las personas o bien se les deja de administrar lo que es los medicamentos y esperar hasta que les llegue su hora aun sea acompañada con lo que es el dolor, y la eutanasia asistida es cuando el personal de salud ayuda con los protocolos que son necesarias para la muerte prematura del paciente y junto a los medicamentos que lo ayudan.

Conclusión.

La eutanasia es muy importante saber que hay diversas personas que lo piden porque ya saben que van a morir y pues ya no quieren seguir sufriendo los dolores que esta les provocas es hecha con el consentimiento del paciente y no de su familia y hay personas que quieren una muerte natural aunque sea con dolor pero no quieren que se mediquen para acelerar su muerte es por eso que se dedican a vivir su vida hasta que sea su ultimo día es por eso que están más tiempo acompañadas de sus familias.