



Licenciatura en medicina humana
Campus Comitán de Domínguez



Alumno: Francisco Miguel Gómez Mendez.

Dr. Agenor Abarca Espinoza

Trabajo: Resumen Sedación paliativa y Eutanasia

Asignatura: Cuidados Paliativos

6 "A"

Comitán de Domínguez Chiapas a 17 de junio de 2024.

Introducción (sedación paliativa)

La sedación paliativa es una intervención médica utilizada en el cuidado de pacientes con enfermedades terminales o en etapas avanzadas, cuyo propósito es aliviar el sufrimiento severo que no puede ser controlado por otros medios. Consiste en administrar medicamentos para reducir la conciencia del paciente, disminuyendo así la percepción del dolor y otros síntomas angustiantes. Esta práctica se aplica de manera ética y con el consentimiento del paciente o de sus familiares, y su objetivo principal es mejorar la calidad de vida en la fase final de la enfermedad, sin acelerar ni retrasar la muerte.

Sedación paliativa

La sedación paliativa es una intervención utilizada en el ámbito de los cuidados paliativos para aliviar el sufrimiento extremo de pacientes con enfermedades terminales o en etapas avanzadas, cuyo dolor y otros síntomas severos no pueden ser controlados mediante tratamientos convencionales. Este procedimiento implica la administración de medicamentos que disminuyen el nivel de conciencia del paciente, con el objetivo de aliviar el dolor, la disnea (dificultad para respirar), la agitación, el delirio y otros síntomas físicos y psicológicos que causan un sufrimiento insoportable.

El propósito principal de la sedación paliativa no es acelerar ni retrasar la muerte, sino mejorar la calidad de vida del paciente en sus últimos días o semanas. Esta práctica se realiza bajo estrictos criterios éticos y médicos, y siempre con el consentimiento informado del paciente o de sus familiares cuando el paciente no puede expresar su voluntad. Los medicamentos más comúnmente utilizados incluyen benzodiazepinas, opioides y barbitúricos, que se administran en dosis cuidadosamente ajustadas para lograr el nivel deseado de sedación.

La indicación de la sedación paliativa se basa en una evaluación exhaustiva del estado del paciente, sus síntomas y su respuesta a otros tratamientos paliativos. Generalmente, se considera cuando los síntomas son refractarios, es decir, cuando no responden adecuadamente a las terapias convencionales o cuando estas no son tolerables para el paciente. La evaluación también debe considerar los deseos del paciente, su calidad de vida y el impacto del sufrimiento en su bienestar.

El proceso de decisión para iniciar la sedación paliativa es complejo e involucra una comunicación clara y abierta entre el equipo de cuidados paliativos, el paciente y sus familiares. Es esencial que el equipo de salud explique de manera comprensible

los objetivos, beneficios y riesgos del procedimiento, asegurando que se tomen decisiones informadas y basadas en los valores y preferencias del paciente. En este contexto, la autonomía del paciente es un principio fundamental que guía todo el proceso.

La implementación de la sedación paliativa puede variar según las necesidades del paciente y el entorno clínico. Puede ser continua o intermitente, y la profundidad de la sedación puede ajustarse de leve a profunda, dependiendo de la respuesta del paciente y de la severidad de los síntomas. En algunos casos, la sedación puede iniciarse de manera gradual, comenzando con dosis bajas y aumentándolas según sea necesario, mientras que en otros casos puede ser necesario un inicio más rápido para aliviar el sufrimiento agudo.

El monitoreo continuo del paciente durante la sedación es crucial para garantizar su bienestar y ajustar el tratamiento según sea necesario. Los profesionales de salud deben estar atentos a cualquier cambio en los síntomas y en el estado de conciencia del paciente, así como a los posibles efectos secundarios de los medicamentos. Además, es fundamental proporcionar apoyo emocional y psicológico tanto al paciente como a sus familiares durante este proceso, ayudándoles a enfrentar el final de la vida con dignidad y tranquilidad.

En términos éticos, la sedación paliativa plantea desafíos significativos, ya que se encuentra en la intersección de aliviar el sufrimiento y respetar la vida. Es esencial que los profesionales de salud actúen con integridad y compasión, adhiriéndose a principios éticos como la beneficencia (hacer el bien), la no maleficencia (no hacer daño), la autonomía (respetar las decisiones del paciente) y la justicia (asegurar un trato equitativo). La sedación paliativa debe ser una opción considerada dentro de un marco de cuidados integrales, donde se aborden todas las dimensiones del sufrimiento del paciente, incluyendo el físico, emocional, social y espiritual.

En conclusión, la sedación paliativa es una intervención esencial en los cuidados paliativos, destinada a aliviar el sufrimiento extremo en pacientes con enfermedades terminales. Su implementación requiere una evaluación cuidadosa, una comunicación clara y un enfoque ético riguroso para asegurar que los pacientes reciban el mejor cuidado posible en el final de sus vidas. La sedación paliativa no busca prolongar ni acortar la vida, sino ofrecer alivio y confort, respetando siempre la dignidad y los deseos del paciente.

Introducción (Eutanasia)

La eutanasia es un tema complejo y altamente controvertido que involucra consideraciones éticas, legales, médicas y personales. Se refiere al acto de terminar deliberadamente la vida de una persona para aliviar su sufrimiento, generalmente en el contexto de enfermedades terminales o dolor crónico severo. La palabra "eutanasia" proviene del griego, donde "eu" significa bueno y "thanatos" significa muerte, literalmente traducido como "buena muerte".

La eutanasia puede clasificarse en varias formas: voluntaria, cuando el paciente consiente; no voluntaria, cuando el paciente no puede consentir (como en casos de coma); e involuntaria, cuando se realiza en contra de la voluntad del paciente, aunque esta última generalmente se considera homicidio. Además, puede ser activa, donde se toman medidas directas para causar la muerte, o pasiva, donde se retiran tratamientos que sostienen la vida.

La discusión sobre la eutanasia involucra principios fundamentales como la autonomía del paciente, el derecho a morir con dignidad, y los deberes y límites de los profesionales de la salud. En muchos países, la legalidad de la eutanasia varía, con algunas jurisdicciones permitiéndola bajo estrictas regulaciones y otras prohibiéndola completamente. El debate continúa evolucionando, influenciado por cambios sociales, avances médicos y la creciente importancia de los derechos individuales.

Eutanasia.

La eutanasia es un acto deliberado para terminar la vida de una persona con el propósito de aliviar un sufrimiento extremo, generalmente debido a una enfermedad terminal o dolor crónico severo. Este tema es profundamente controvertido y abarca aspectos éticos, legales, médicos y personales. La palabra "eutanasia" proviene del griego, donde "eu" significa "bueno" y "thanatos" significa "muerte", sugiriendo la idea de una "buena muerte".

Existen diversas formas de eutanasia, clasificada principalmente en voluntaria, no voluntaria e involuntaria. La eutanasia voluntaria ocurre con el consentimiento explícito del paciente, quien ha decidido poner fin a su vida debido a un sufrimiento insoportable. La eutanasia no voluntaria se refiere a situaciones en las que el paciente no puede expresar su consentimiento, como en casos de coma o

incapacidad cognitiva severa. La eutanasia involuntaria, en la que se termina la vida del paciente en contra de su voluntad, es generalmente considerada homicidio y es ampliamente rechazada en los debates éticos y legales.

Otra clasificación de la eutanasia distingue entre eutanasia activa y pasiva. La eutanasia activa implica acciones directas para causar la muerte del paciente, como la administración de una dosis letal de medicamentos. La eutanasia pasiva, por otro lado, implica la retirada o suspensión de tratamientos médicos que mantienen la vida, permitiendo que la enfermedad siga su curso natural. Ambas formas de eutanasia suscitan intensos debates sobre la moralidad y la ética de intervenir en el proceso natural de morir.

Los defensores de la eutanasia argumentan desde la perspectiva de la autonomía del paciente y el derecho a morir con dignidad. Sostienen que las personas deben tener el control sobre su propio cuerpo y vida, incluyendo la decisión de terminar su vida para evitar un sufrimiento insoportable. También subrayan la importancia de la compasión en la medicina, señalando que en algunos casos, permitir que una persona continúe viviendo en un estado de sufrimiento extremo puede ser más cruel que ayudarla a morir pacíficamente.

Por otro lado, los opositores a la eutanasia plantean preocupaciones éticas y prácticas. Desde una perspectiva ética, muchos argumentan que la eutanasia socava el valor intrínseco de la vida humana y puede abrir la puerta a abusos, donde las vidas de las personas vulnerables, como los ancianos, discapacitados o económicamente desfavorecidos, podrían estar en riesgo. Además, existe el temor de que la eutanasia pueda erosionar la relación de confianza entre los pacientes y los profesionales de la salud, transformando la percepción del papel de los médicos de curadores a facilitadores de la muerte.

En términos legales, la eutanasia es un tema altamente regulado y su estatus varía significativamente alrededor del mundo. En algunos países, como los Países Bajos, Bélgica y Canadá, la eutanasia está legalmente permitida bajo estrictas condiciones y protocolos diseñados para proteger tanto a los pacientes como a los médicos. Estas regulaciones suelen incluir la necesidad de que el paciente tenga una enfermedad terminal o un sufrimiento intolerable, la confirmación del diagnóstico y pronóstico por múltiples médicos, y el consentimiento informado del paciente. En otros países, la eutanasia sigue siendo ilegal y se considera equivalente al homicidio.

La discusión sobre la eutanasia también involucra consideraciones religiosas y culturales. Muchas tradiciones religiosas, incluyendo el cristianismo, el islam y el judaísmo, prohíben la eutanasia basándose en la creencia de que la vida es sagrada y sólo Dios tiene el derecho de terminarla. Por otro lado, algunas culturas y sociedades son más abiertas a la idea de la eutanasia, considerando la calidad de vida y el alivio del sufrimiento como valores primordiales.

En conclusión, la eutanasia es un tema profundamente complejo que toca las fibras más sensibles de la ética, la legalidad y la humanidad. El debate sobre su legitimidad y moralidad continúa evolucionando, influenciado por los avances en la medicina, los cambios sociales y la creciente importancia de los derechos individuales. Mientras algunos abogan por su legalización y regulación como una forma de respetar la autonomía y aliviar el sufrimiento, otros advierten sobre los riesgos y las implicaciones éticas de permitir que la eutanasia se convierta en una práctica aceptada.

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 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 neurolepticos^{2,5} y reducir el tratamiento opioide al menos a la mitad de la dosis.

La dosis inicial de inducción es de 100 mg y hay que esperar al menos 2 h a que alcance su concentración plasmática máxima. La dosis total suele ser de 600 mg en el primer día, en perfusión continua subcutánea, ajustando en los días sucesivos hasta alcanzar una sedación adecuada.

SEDACIÓN CON PROPOFOL POR VÍA ENDOVENOSA

Siempre se llevará a cabo en el ámbito hospitalario.

Se administrará sin diluir, en solución al 1% (10 mg/mL) y a través de una bomba de perfusión endovenosa. Generalmente, se comenzará con una dosis de 0,5-1 mg/kg/h intravenosa. Si es necesario, se incrementará 0,25-0,5 mg/kg/h cada 5-10 min hasta alcanzar el nivel de sedación adecuado. Al inducir la sedación, se retirarán las benzodiacepinas y los neurolépticos, así como se reducirá la dosis de opioide a la mitad².

Para incrementar el nivel de sedación más rápidamente, puede administrarse un bolo de dosis, incrementando el ritmo de infusión a 1 mg/kg/min durante 2-5 min.

La monitorización del paciente debe ser estrecha durante la primera hora de tratamiento, tanto en lo que respecta al alivio sintomático como del nivel de sedación. Posteriormente, lo recomendable sería continuar la monitorización a las 2, 6 y 12 h.

EVALUACIÓN DE LA SEDACIÓN

Consiste en observar y anotar la profundidad de la sedación utilizando una escala adecuada. Generalmente, se usa la escala de Ramsay (tabla 2), que permite evaluar el nivel de sedación que se quiere lograr (a partir del nivel 4, el paciente está dormido). En general, en la sedación paliativa, el objetivo clínico es mantener al paciente entre los niveles 5 y 6 de la escala de Ramsay. Observaremos:

- El grado de confort del paciente (el objetivo de la sedación es que el paciente esté tranquilo y asintomático, no necesariamente profundamente dormido).
- La frecuencia respiratoria, para alertarnos en caso de que exista una depresión del centro respiratorio.
- La reacción y estado emocional de la familia. Proporcionar siempre: presencia, comprensión, privacidad y disponibilidad.

Tabla 2. Escala de evaluación de la sedación de Ramsay

1	Ansioso, agitado, incontrolable
2	Ojos abiertos, colaborador, orientado, tranquilo
3	Ojos cerrados, responde a órdenes y a mínimos estímulos
4	Dormido, responde rápidamente a estímulos lumínicos o auditivos
5	Responde a estímulos importantes (aspiración traqueal)
6	No responde a estímulos

GLOSARIO DE TÉRMINOS

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

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

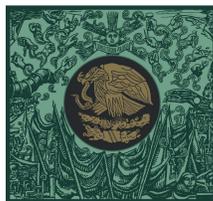
BIBLIOGRAFÍA

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

En contexto

La muerte tiene permiso.
Eutanasia o el derecho a
la muerte digna

Abril 2019



**CÁMARA DE
DIPUTADOS**
LXIV LEGISLATURA

CESOP

Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública

www.diputados.gob.mx/cesop   @cesopmx  cesop01

Scanned with CamScanner

La muerte tiene permiso. Eutanasia o el derecho a la muerte digna

En vano amenazas, Muerte,
cerrar la boca a mi herida
y poner fin a mi vida
con una palabra inerte.
¡Qué puedo pensar al verte,
si en mi angustia verdadera
tuve que violar la espera;
si en vista de tu tardanza
para llenar mi esperanza
no hay hora en que yo no muera!

Xavier Villaurrutia

Salvador Moreno¹ / Noemí Segovia²

Introducción

El tema de la eutanasia, así como el del aborto, genera fuertes controversias en la libre determinación de los individuos en su derecho a decidir sobre su cuerpo. El tema que interesa aquí es el derecho a decidir sobre la muerte o eutanasia.

En primer lugar, se ofrecen algunas definiciones sobre el tema, enseguida se abordan las propuestas legislativas en la materia; posteriormente se ofrece un panorama general sobre los países en los cuales ya se ha legislado al respecto; por último se describen algunos estudios de opinión y se brindan comentarios finales a modo de conclusión.

¹ Estudios de maestría en Desarrollo Urbano, El Colegio de México. Licenciado en Sociología por la UAM. Investigador del CESOP. Líneas de investigación: desarrollo urbano regional y metropolitano, ciudades y competitividad. Correo electrónico: salvador.moreno@congreso.gob.mx

² Egresada de la licenciatura en Derecho, Instituto Universitario Interamericano. Correo electrónico: naomi12507@hotmail.com

Eutanasia y muerte asistida. Definiciones

Etimológicamente, eutanasia (del griego “eu”, bien, “Thánatos”, muerte) no significa otra cosa que buena muerte, bien morir, sin más.³

Guillermo J. Mañón Garibay entiende por “eutanasia el hecho de provocar la muerte para beneficio de la persona”. El mismo autor considera que para dirimir hasta qué punto el conflicto de valores y derechos es relevante para ofrecer una solución al problema, es necesario distinguir las varias formas en que puede tener lugar la eutanasia, a saber: 1) eutanasia voluntaria (manifestación explícita del paciente de su deseo de morir); 2) eutanasia involuntaria (falta de la manifestación explícita del deseo de morir por parte del paciente); 3) eutanasia activa (provocar la muerte por el agente), y 4) eutanasia pasiva (dejar morir al paciente).⁴

Mañón Garibay considera que en las dos primeras formas la voluntad es el elemento distintivo, entonces surge la pregunta sobre si es posible respetar la voluntad de una persona en toda situación. Con esto se tiene en mente la dificultad de distinguir entre “creencia” y “hecho”, esto es: ¿cuándo se cree o se sabe con certeza que llegó el momento de respetar la voluntad de muerte de una persona? Las opciones son las siguientes: ¿Cuándo la medicina no puede hacer más por la vida del paciente?; ¿cuándo el dolor es insoportable para el paciente?; ¿cuándo no hay uso de las facultades mentales superiores (cerebro) y no se puede hablar más de vida humana digna?; ¿cuándo los resultados del tratamiento médico alargan inútilmente la vida del paciente, puesto que la muerte del paciente se presentará, irremediablemente, poco tiempo más tarde?

El autor citado afirma que existe una argumentación de justicia jurídica y moral en ese sentido. Explica que “si bien el derecho no obliga a nadie a terminar con la vida indeseada, puede permitir, apelando a la bondad de alguien, atender a las expectativas de calidad de vida de una persona en particular y procurar su

³ Disponible en <https://www.aciprensa.com/eutanasia/100-preguntas.htm> (consulta: 30 de abril de 2019).

⁴ Guillermo José Mañón Garibay, “La eutanasia: derecho a la muerte digna”, *Hechos y derechos*, [S.l.], nov. 2016. Disponible en: <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/hechos-y-derechos/article/view/10702/12860> (consulta: 22 de abril de 2019).

finalización. Así se resolvería el conflicto de derecho a la vida (sentido jurídico) y derecho a elegir sobre la vida (sentido moral)".⁵

Es necesario precisar que eutanasia, muerte digna o suicidio asistido no son sinónimos. El concepto *eutanasia* se entiende como la terminación deliberada de la vida de una persona a fin de prevenir sufrimientos posteriores. El suicidio asistido se define como el suicidio solicitado por el enfermo terminal por no poder llevarlo a cabo por sí mismo; en tanto que el derecho a la muerte digna se considera una manifestación del libre desarrollo de la personalidad que permite que todas las personas puedan ejercer plenamente sus capacidades para vivir con dignidad, concepto último que contiene implícitamente el derecho a una muerte digna.⁶

En México está prohibida la eutanasia y el suicidio asistido. El artículo 166 Bis 21 de la Ley General de Salud establece que "Queda prohibida la práctica de la eutanasia, entendida como homicidio por piedad, así como el suicidio asistido conforme lo señala el Código Penal Federal".

El artículo 312 del Código Penal Federal establece que "El que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años".

A continuación (Cuadro 1) se resumen los principales argumentos a favor y en contra de la eutanasia.

Cuadro 1. Argumentos principales a favor y en contra de la eutanasia

<i>Argumentos a favor</i>	<i>Argumentos en contra</i>
El derecho a la muerte digna, expresamente querida por quien padece sufrimientos atroces.	El dolor —y su aspecto subjetivo, el sufrimiento— forma parte de toda vida humana y de la historia de la humanidad.

⁵ *Idem.*

⁶ SCJN, *Acción de Inconstitucionalidad 15/2017 y sus acumuladas 16/2017, 18/2017 Y 19/2017*, Ponente, ministro Javier Láynez Potisek, México. Disponible en https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/proyectos_resolucion_scnj/documento/2018-08/Acci%C3%B3n%20de%20inconstitucionalidad%2015.2017%20y%20sus%20acumuladas%20DEFINITIVA.pdf (consulta: 30 de abril de 2018).

El derecho de cada cual a disponer de su propia vida, en uso de su libertad y autonomía individual.	La provocación de la muerte de un semejante, por muy compasivas que sean las motivaciones, es siempre ajena a la noción de dignidad de la persona humana.
La necesidad de regular una situación que existe de hecho. Ante el escándalo de su persistencia en la clandestinidad.	El Estado, ante la incapacidad de determinar un nivel objetivo de dolor insufrible, no puede permitir el homicidio humanitario.
El progreso que representa suprimir la vida de los deficientes psíquicos profundos o de los enfermos en fase terminal, ya que se trataría de vidas que no pueden llamarse propiamente humanas.	Los médicos tienen el deber sagrado de preservar la vida, por lo que aceptar la eutanasia sería una falta grave a la ética profesional.
La manifestación de solidaridad social que significa la eliminación de vidas sin sentido, que constituyen una dura carga para los familiares y para la propia sociedad.	La legalización podría traer como consecuencia que se llegaran a cometer actos criminales en pacientes que no han expresado su consentimiento o bien son incapaces de expresar su deseo de morir.
Entender la eutanasia como alternativa válida en los procesos de muerte digna sería reconocer la pluralidad moral y la autonomía de los pacientes.	
La vida y la muerte son las dos caras de la misma moneda, de tal manera que el derecho a vivir implica así también el derecho al bien morir, el derecho a morir con dignidad, el derecho a disponer de la propia vida.	
La necesidad de garantizar la dignidad y el respeto para el vivir, incluye buena atención en salud.	

Fuente: CESOP, "Eutanasia", Cámara de Diputados, *Carpeta Informativa*, México, 2007; José Rubén Herrera Ocegueda, *La necesidad de legalizar la eutanasia en México*, Biblioteca Jurídica Virtual, Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, en www.juridicas.unam.mx; Asunción Álvarez del Río, *Debate sobre la muerte y la eutanasia, con elementos racionales*, Ciencia UNAM, en http://ciencia.unam.mx/leer/288/Debate_sobre_la_eutanasia_con_elementos_racionales Asuncion Alvarez del Rio (consulta: abril de 2019).

Antecedentes y propuestas legislativas

Existe jurisprudencia sobre el tema de la muerte digna. Al respecto, la Suprema Corte de Justicia de la Nación, al resolver la acción de inconstitucionalidad 15/2017 y sus acumuladas 16/2017, 18/2017 y 19/2017, promovidas por la Procuraduría General de la República y la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, determinó que el derecho a una muerte digna no puede considerarse equiparable a la eutanasia y el suicidio asistido, ya que se trata de un derecho que comprende tanto cuestiones clínicas y médicas, como financieras, económicas, administrativas e incluso de integración social.⁷

En México, durante varias legislaturas, diputados federales y senadores han presentado iniciativas de ley para regular la eutanasia o voluntad anticipada. Aquí se llevó a cabo una revisión a partir de la LXI Legislatura mediante el Sistema de Información Legislativa (SIL).

Durante la LXI Legislatura el diputado Jorge Antonio Kahwagi Macari, del grupo parlamentario del PANAL, presentó una iniciativa que buscaba reformar y adicionar diversas disposiciones de la Ley General de Salud con la finalidad de legitimar el deseo individual e informado de poner fin a la vida propia para terminar con una agonía que sólo culminará con la muerte de los enfermos terminales.

La comisión dictaminadora aprobó desechar la iniciativa que buscaba otorgar el derecho a los pacientes que se encuentren en fase terminal o en una situación de sufrimiento insoportable para solicitar voluntariamente al médico la eutanasia, siempre y cuando sean mayores de 18 años, debido a que la subjetividad de la opinión del paciente con respecto al grado del dolor puede ser generadora de múltiples confusiones que harían que la tutela de la vida se vea vulnerada de manera fácil sin que el Estado pudiera tener un control de dicho derecho fundamental del ser humano. Por ello, la comisión consideró incorrecto legislar y

⁷ Ma. Leonor Noyola Cervantes, "Iniciativa con proyecto de decreto por el que se adicionan tres párrafos (quinto, sexto, y séptimo), y se recorre el quinto para ser el octavo, del artículo 1 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos", *Sistema de Información Legislativa*, Secretaría de Gobernación, México, en sil.gobernacion.gob.mx (consulta: 22 de abril de 2019).

normar con base en definiciones vagas y subjetivas, ya que no hay manera de poder certificar o corroborar los niveles de dolor en cada paciente.

En la LXII Legislatura el diputado Fernando Belaunzarán Méndez, del grupo parlamentario del PRD, presentó una iniciativa que tenía por objeto establecer el procedimiento de eutanasia. De entre los aspectos relevantes, destacaba: 1) definir la eutanasia como el acto practicado por un profesional médico que interviene para poner fin a la vida de una persona que lo solicita debido a que padece alguna enfermedad en fase terminal o que se encuentra en una condición patológica incurable que lo mantiene en permanente sufrimiento físico o mental; 2) indicar que los pacientes en situación terminal, mayores de edad o en etapa adolescente que cuenten con pleno uso de sus facultades, tendrán el derecho de solicitar por escrito, le sea practicado dicho procedimiento, así como de revocar la solicitud de la misma en el momento que lo deseen; 3) resaltar que ningún médico estará obligado a practicar tal procedimiento, si rechaza hacerlo por objeción de conciencia; 4) determinar que no cometerá infracción ni podrá ser denunciado civil o penalmente el médico que practique la eutanasia, siempre y cuando se garanticen los siguientes requisitos: i) que el paciente sea mayor de edad o en etapa adolescente y se encuentre consciente al momento de efectuar su solicitud; ii) que la solicitud se realice voluntariamente y sin interferencia de ninguna presión externa; iii) que el paciente padezca alguna enfermedad en fase terminal en un estado permanente de sufrimiento físico o psíquico insoportable y sin perspectiva de mejoría; y, iv) que la persona tenga alguna condición patológica que lo mantenga en un constante sufrimiento y que no pueda ser aliviado; 5) precisar el actuar del médico cuando se lleve a cabo el procedimiento referido; y, 6) señalar que no se considerará homicidio al acto practicado por un profesional médico que interviene para poner fin a la vida de una persona que lo solicita bajo los términos señalados.

La Comisión de Justicia de la Cámara de Diputados informó que la iniciativa no fue dictaminada en el plazo reglamentario, por lo que fue archivada como asunto concluido.

En la LXIII Legislatura los diputados Javier García Chávez y Guadalupe Acosta Naranjo del grupo parlamentario del PRD presentaron una iniciativa que

reformaba y adicionaba diversas disposiciones de la Ley General de Salud y del Código Penal Federal con el objeto de establecer el procedimiento de eutanasia. La iniciativa retoma los mismos planteamientos del diputado Fernando Belaunzarán Méndez.

En la actual legislatura (LXIV), la senadora Ma. Leonor Noyola Cervantes, del grupo parlamentario del PRD, presentó una iniciativa de reforma constitucional que adiciona tres párrafos y se recorre el quinto, para ser el octavo, del artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

La iniciativa tiene por objeto elevar a rango constitucional la autodeterminación y libre desarrollo de la personalidad, la eutanasia y la despenalización del aborto. Para ello propone: 1) establecer que toda persona tendrá derecho a la autodeterminación y al libre desarrollo de su personalidad; 2) precisar que la república garantizará que todas las personas puedan ejercer libre y plenamente sus capacidades para vivir con dignidad; 3) estipular que la vida humana digna es el sustento del derecho de toda persona a una muerte libre y digna, las instituciones de salud garantizarán sin restricción alguna el ejercicio de este derecho; y, 4) señalar que no será punible la interrupción libre del embarazo cuando se realiza antes de las 12 semanas de gestación. Las instituciones de salud del Estado garantizarán la atención y protección de las mujeres que ejerzan este derecho.

La iniciativa se encuentra pendiente de dictamen en comisiones unidas de Puntos Constitucionales, Derechos Humanos y Estudios Legislativos Primera.

Experiencias en otros países

La eutanasia consiste en una intervención voluntaria que acelera el proceso de fallecimiento de una persona en estado crítico y sin posibilidad de mejora. Esta intervención debe hacerse con el consentimiento informado del paciente, que la aceptaría con el objetivo de evitarse dolor y sufrimiento.

Este procedimiento médico se considera en algunos países como un derecho fundamental (el derecho a morir dignamente). Sin embargo, la mayoría de Estados

lo consideran un crimen. Los únicos países que admiten la eutanasia son Holanda, Bélgica, Suiza, Luxemburgo y Colombia, así como algunos estados concretos de Estados Unidos (Cuadro 2).

Cuadro 2. Países que permiten la eutanasia, requisitos y condiciones

País y Año	Legislación	Condiciones establecidas	Padecimientos
Holanda- 2001	Código Penal, Artículo 293. Ley de Comprobación de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio- Artículo 2 Ley Holandesa de Eutanasia	La petición del paciente es voluntaria y bien meditada. El padecimiento del paciente es insoportable y sin esperanzas de mejora. Se le ha informado al paciente de la situación en que se encuentra. Ha consultado, por lo menos, con un médico independiente que ha visto al paciente y que ha emitido su dictamen por escrito. Ha llevado a cabo la terminación de la vida o el auxilio al suicidio con el máximo cuidado y esmero profesional posibles.	La intervención directa y eficaz del médico para causar la muerte del paciente que sufre una enfermedad irreversible o que se encuentra en fase terminal y con padecimiento insoportable
Bélgica -2002	Ley de Eutanasia. Ley sobre Cuidados Paliativos. Derechos de los pacientes.	Mayoría de edad. Menor emancipado, capaz y consiente. Puede revocar su solicitud en cualquier momento. Informar al paciente sobre su estado de salud y su pronóstico.	Pronóstico de no recuperación. Sufrimiento físico o psicológico constante e insoportable sin alivio posible. Enfermedad grave o incurable.
Luxemburgo -2009		Un mayor de edad menor emancipado (16 años) con un diagnóstico irreversible.	
Suiza - 2001	Artículo 114 del Código Penal Suizo.		En enfermos incurables. Se reconoce que el suicidio puede ser racional; también se permite el suicidio asistido, aunque no necesariamente en el

País y Año	Legislación	Condiciones establecidas	Padecimientos
			contexto de la atención médica.
Colombia 2004	Artículo 1 de la Constitución. Artículo 16 de la Constitución.	Intenso sufrimiento o dolor que son difíciles de manejar, algunas personas podían considerar que su vida ha perdido sentido y dignidad. Los ciudadanos tienen derecho a tomar decisiones relativas a su vida y sus cuerpos.	Si se trata de enfermos terminales o en condiciones consideradas por ellos mismos como "indignas". Se han creado guías para la provisión de este servicio.
Estados Unidos Estado de Oregón 1997 Estado de Washington 2008 Estado de Montana 2009	La ley de suicidio médicamente asistido de Oregón.	Cualquier residente de dicho Estado, mayor de 18 años, en uso de sus plenas facultades mentales.	Sufra una enfermedad terminal con un pronóstico de seis meses de vida.

Fuente: Mercedes Martínez León *et al.*, "Análisis ético y médico-legal de la eutanasia en la Unión Europea", *An Real Acad Med Cir Vall*, núm. 51, 2014, pp. 129-139; Pablo Simón Lorda, Inés M. Barrio Cantalejo, "La eutanasia en Bélgica", *Rev Esp Salud Pública*, vol. 86, núm. 1, enero-febrero 2012, pp. 5-19; Eduardo Díaz Amado, "La despenalización de la eutanasia en Colombia: contexto, bases y críticas", *Revista de Bioética y Derecho. Perspectivas Bioéticas*, núm. 40, Universidad de Barcelona, 2017, pp. 225-140; F. Verdú, "El suicidio asistido en Suiza", *Gaceta Internacional de Ciencias Forenses*, Departamento de Medicina Legal y Forense, Universitat de València, núm. 24, julio-septiembre, 2017, España.

Opinión pública y voluntad anticipada

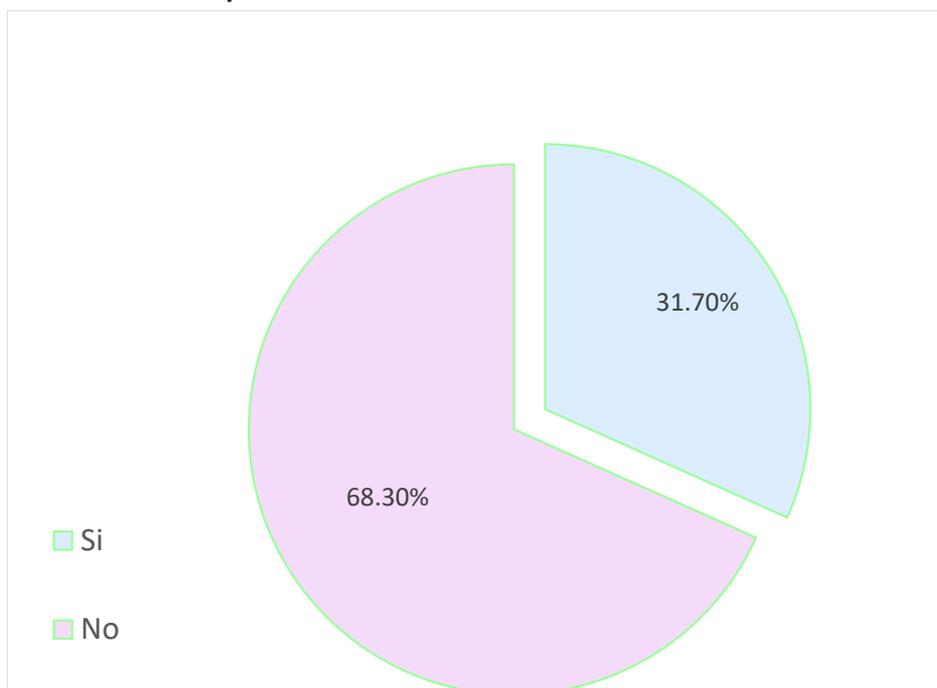
Existen pocos estudios demoscópicos sobre la materia que nos ocupa. La encuesta más reciente la llevó a cabo la Asociación Civil "Por el Derecho a Morir con Dignidad (DMD)" en 2016. La misión de esa asociación civil es promover un diálogo sobre la eutanasia y la muerte médicamente asistida y plantear los cambios legales necesarios para regular ambas prácticas.

La asociación DMD surge en respuesta al sufrimiento de miles de personas que enfrentan el proceso final de sus vidas con fuertes dolores, sin el apoyo de profesionales de la salud y sin alternativas más radicales para aliviarlo, como la eutanasia y la muerte médicamente asistida. Con el propósito de conocer la opinión

de los mexicanos con respecto a la ayuda para morir y la eutanasia, así como la necesidad de modificar el ordenamiento jurídico, DMD llevó a cabo la encuesta nacional en viviendas.

A continuación, se describen los principales resultados. Prácticamente 7 de cada 10 encuestados consideran que un paciente en la fase final de su enfermedad debería tener la opción de decidir adelantar su muerte (véase Gráfica 1).

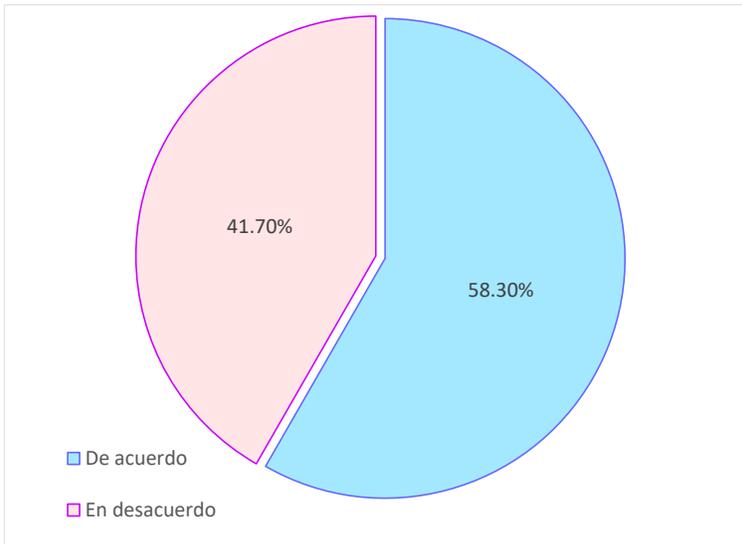
Gráfica 1. Un paciente que se encuentra en la fase terminal de su enfermedad, ¿cree que debería tener la opción de decidir adelantar su muerte?



Fuente: DMD-México, *Encuesta Nacional sobre Muerte Digna 2016*, México.

En tanto que 6 de cada 10 encuestados estarían de acuerdo en que su médico lo ayude a morir aplicándole una dosis letal de medicamento (véase Gráfica 2).

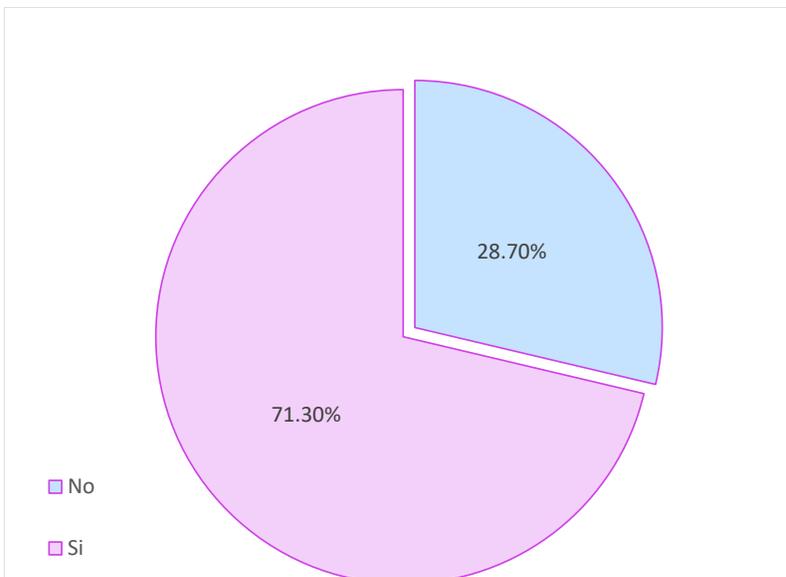
Gráfica 2. Un paciente que se encuentra en la fase terminal de su enfermedad, si el paciente lo pide, ¿estaría de acuerdo o en desacuerdo con que su médico lo ayude a morir aplicándole directamente una dosis letal de medicamento?



Fuente: DMD-México, *Encuesta Nacional sobre Muerte Digna 2016*, México.

La mayoría de los encuestados (7 de cada 10) cree que se deben cambiar las leyes para permitir que los enfermos reciban ayuda para terminar con su vida si así es su decisión (véase Gráfica 3).

Gráfica 3. Cree que deben cambiar las leyes para permitir que los enfermos puedan recibir ayuda para terminar con su vida si así lo deciden?



Fuente: DMD-México, *Encuesta Nacional sobre Muerte Digna 2016*, México.

La encuesta también desagrega resultados por género, de esa manera es ligeramente superior la proporción de hombres (69.7%) que se manifiestan a favor de la eutanasia que las mujeres (66.9%); en el mismo sentido, en las zonas urbanas es muy superior el porcentaje a favor (72.9%) que en las zonas rurales (54%). A mayor nivel de escolaridad también es mayor la preferencia a favor de la eutanasia; en el caso de la preferencia religiosa los testigos de Jehová y evangélicos mostraron menor apoyo a la eutanasia que los católicos.

En síntesis, los resultados reflejan que la mayoría de los mexicanos está a favor de la eutanasia y del suicidio médicamente asistido, y quisieran que se modificaran las leyes para normar su práctica y evitar tanto dolor al momento de la muerte. A pesar de las opiniones a favor, DMD considera que “La eutanasia y el suicidio médicamente asistido han sido practicados desde siempre por la humanidad, aunque de manera clandestina”.⁸

Comentarios finales

Los países en los cuales se ha despenalizado la eutanasia se basaron en los principios constitucionales de dignidad humana, respeto por la autonomía y solidaridad. Los argumentos en contra se basan en la inviolabilidad de la vida. Existen particularidades en las cuales se debe profundizar la discusión, como la eutanasia en niños o en personas con capacidades diferentes, así como el suicidio asistido. La garantía real de acceso a cuidados paliativos y buena atención en salud deberá ser parte importante de las discusiones por venir con relación a la muerte digna y la eutanasia.⁹

El artículo 6 de la Constitución Política de la Ciudad de México, relativo a libertades y derechos, establece, entre otros, el derecho a la autodeterminación personal y ello implica que: 1) toda persona tiene derecho a la autodeterminación y al libre desarrollo de una personalidad, y 2) este derecho humano fundamental

⁸ DMD-México, *Encuesta Nacional sobre Muerte Digna 2016*, México, 50 pp.

⁹ Eduardo Díaz Amado, “La despenalización de la eutanasia en Colombia: contexto, bases y críticas”, *Revista de Bioética y Derecho. Perspectivas Bioéticas*, núm. 40, Universidad de Barcelona, pp. 225-140.

deberá posibilitar que todas las personas puedan ejercer plenamente sus capacidades para vivir con dignidad. **La vida digna contiene implícitamente el derecho a una muerte digna.**

Especialistas en la materia coinciden en la necesidad de legislar sobre eutanasia a partir de los aportes de la ciencia con la plena conciencia de que la muerte no se puede evitar, pero se debe llegar a ella de la mejor manera.

Entre la enfermedad y la muerte: «Eutanasia»

Between illness and death: "Euthanasia"

Ma del Carmen Dubón-Peniche^{1*} y Luis E. Bustamante-Leija²

¹Dirección Médica, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga; ²Dirección General de Arbitraje, Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Ciudad de México, México

Resumen

Los argumentos a favor y en contra de la eutanasia exponen un panorama complejo, que será necesario discutir y decidir en México. En este artículo se abordan algunos aspectos relevantes, como la determinación legal de la muerte, el campo de intervención de la bioética, la terminología relacionada con la eutanasia, sus clasificaciones, los instrumentos internacionales promotores de los derechos humanos, y reflexiones sobre la importancia de los cuidados paliativos y el derecho que tiene el paciente en situación terminal para actuar conforme a sus objetivos, expectativas y creencias, en el contexto de sus relaciones familiares y sociales.

Palabras clave: Cuidados paliativos. Eutanasia. Muerte. Suicidio asistido.

Abstract

The arguments for and against euthanasia present a complex picture that will need to be discussed and decided in Mexico. This article addresses some relevant aspects such as the legal determination of death, the field of bioethics intervention, terminology related to euthanasia, its classifications, international instruments promoting human rights, as well as reflections on the importance of palliative care and the patient's right to be in a terminal situation to act in accordance with their goals, expectations and beliefs, in the context of their family and social relationships.

Key words: Palliative care. Euthanasia. Death. Assisted suicide.

«La muerte es un castigo para algunos,
para otros un regalo, y para muchos un favor.»

Séneca

mors-mortis, que significa cesación. Desde el punto de vista biológico, consiste en el cese de las funciones orgánicas de un ser vivo, más allá de las cuales no es posible su revivificación. En el derecho, la muerte de la persona extingue su personalidad en las relaciones jurídicas, en tanto que en medicina legal el diagnóstico clínico de muerte se basa en la abolición definitiva, irreversible y permanente de las funciones vitales del organismo.

Introducción

Para tratar el tema de la eutanasia es inevitable hablar de la muerte; el término proviene del latín

Correspondencia:

*María del Carmen Dubón-Peniche

Dr. Balmis, 148

Col. Doctores, Del. Cuauhtémoc

C.P. 06720, Ciudad de México, México

E-mail: maria.dubon@salud.gob.mx

Fecha de recepción: 25-07-2018

Fecha de aceptación: 15-12-2018

DOI: 10.24875/CIRU.18000626

Cir Cir. 2020;88(4):519-525

Contents available at PubMed

www.cirurgiaycirujanos.com

0009-7411/© 2018 Academia Mexicana de Cirugía. Publicado por Permayer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

En ese sentido, el primer problema que se presenta es el momento de la determinación legal de la muerte, sus causas y la forma de certificar la defunción, pues son asuntos no solo de orden público, sino también de Salubridad General de la República.

La Ley General de Salud, en su Título IV «Pérdida de la Vida», dispone como criterios para la determinación legal de la muerte los siguientes¹:

Artículo 343.- Para efectos de este Título, la pérdida de la vida ocurre cuando se presentan la muerte encefálica o el paro cardíaco irreversible.

La muerte encefálica se determina cuando se verifican los siguientes signos:

- Ausencia completa y permanente de conciencia;
- Ausencia permanente de respiración espontánea, y
- Ausencia de los reflejos de tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia a estímulos nociceptivos.

Se deberá descartar que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas.

Artículo 344.- Los signos clínicos de la muerte encefálica deberán corroborarse por cualquiera de las siguientes pruebas:

- Electroencefalograma que demuestre ausencia total de actividad eléctrica, corroborado por un médico especialista;
- Cualquier otro estudio de gabinete que demuestre en forma documental la ausencia permanente de flujo encefálico arterial.

La muerte es uno de los acontecimientos más trascendentes, ya que significa el final de un cuerpo vivo, y mientras que para algunas personas representa el fin de su existencia, para otras es el comienzo de la vida eterna². Es un hecho inherente a todos los seres vivos, y de manera particular en las personas su abordaje es complejo y supone las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que ocurre³. Una forma de catalogar la muerte es por su causa (enfermedad, accidente, suicidio, homicidio, etc.), lo cual determina las posibilidades de intervención médica.

En resumen, las personas mueren por diferentes causas, en diversas circunstancias y ámbitos culturales, con distintos niveles de conciencia y diferentes percepciones de lo que constituye una buena muerte.

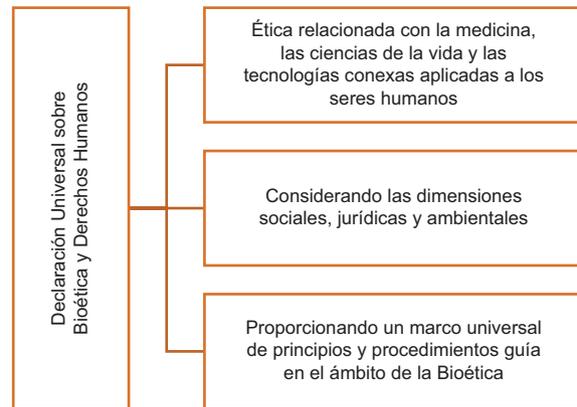


Figura 1. Declaración universal sobre bioética y derechos humanos (adaptada de: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura⁵).

La relación que cada uno de nosotros establece con la muerte se teje en el plano más íntimo, a través de la conciencia personal, matizada por la época, las creencias y los conocimientos, y en base a ello cada cual vuelve la vista para buscar un sentido a su propia muerte⁴.

Los rápidos adelantos de la ciencia y sus aplicaciones tecnológicas en la medicina han suscitado distintos enfoques éticos relacionados con la eutanasia, mismos que ameritan ser explorados, considerando no solo el respeto a la dignidad de la persona, sino también el respeto universal y la observancia de los derechos humanos y las libertades fundamentales.

La vida es un derecho universal reconocido en constituciones políticas y normas de diferentes países, así como en instrumentos internacionales, entre los que destacan la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea y la Convención Americana de los Derechos Humanos. En este contexto, es evidente que el derecho internacional actúa como uno de los principales promotores de los derechos humanos (Fig. 1)⁵.

Existen diferentes perspectivas para situar el análisis de la eutanasia, el cual invariablemente debe reconocer sus consecuencias en el Derecho positivo. El campo de intervención de la bioética es amplio, pues sustenta su reflexión con la filosofía, la medicina, el derecho y la sociología, entre otras disciplinas. Dada la complejidad de su objeto, enlaza e integra distintos conocimientos a fin de responder ante diferentes argumentos y posturas que van surgiendo con

los avances científicos y tecnológicos, los cuales en las ciencias médicas han representado la posibilidad de transformar el proceso salud-enfermedad en las personas, generando mayores expectativas en cuanto a la prolongación de la vida, y de manera especial en pacientes en estado grave, crítico o terminal.

En ese sentido, si bien es cierto que el desarrollo de la ciencia y la tecnología implica razonamientos éticos en sus aplicaciones, también lo es que no todo lo científicamente y técnicamente posible puede ser justificable desde un punto de vista ético y jurídico.

La bioética exige de la sociedad la necesidad de deliberar sobre los problemas relacionados con el medio ambiente, la vida y el cuerpo de las personas, así como la responsabilidad con las futuras generaciones, entre otros aspectos⁶.

Históricamente, la relación médico-paciente ha sido el elemento central de la ética médica, pues es a partir de esta relación que adquieren sentido los procesos de atención médica. En ese orden de ideas, es necesario reflexionar sobre un tema tan polémico al orientar la atención: saber advertir la línea de demarcación que permite distinguir lo permisible de lo no permisible⁷. En efecto, la decisión en cuanto a la indicación, la realización o la suspensión de procedimientos diagnóstico-terapéuticos en pacientes con enfermedad terminal no es fácil, y en este campo surge el apoyo de los Comités Intrahospitalarios de Bioética, los cuales entre sus objetivos contemplan asesorar al personal de salud y los usuarios en relación con los problemas y los dilemas bioéticos que surgen en la prestación de servicios de atención médica y docencia en salud, desde una perspectiva laica y científica⁸.

Lograr claridad conceptual resulta fundamental para tener la posibilidad de abordar los paradigmas morales que se presentan en el manejo de los pacientes y sus enfermedades por parte de los prestadores de servicios de atención médica, quienes diariamente enfrentan la toma de decisiones en las que entran en juego conflictos de valores.

Eutanasia, concepto y términos relacionados

La Organización Mundial de la Salud refiere que las definiciones de la eutanasia no son precisas y pueden variar de una persona a otra, pero con algunos elementos en común. La mayoría de los comentaristas limitan su descripción a la eutanasia directa o activa, que se puede dividir en tres categorías: 1) el homicidio

intencional de quienes han expresado su deseo competente y libre; 2) el suicidio profesionalmente asistido; y 3) el homicidio intencional de los recién nacidos que tienen anomalías congénitas que pueden o no amenazar la vida, a menudo por retención de alimento. El término eutanasia pasiva es engañoso e inexacto; se refiere a prácticas en pacientes moribundos, como son el retiro del tratamiento que ha demostrado ser de ningún beneficio, o bien no iniciar un tratamiento que se considere de ningún beneficio, y la aplicación vigorosa de tratamiento para el dolor, aunque esto posiblemente pueda acortar la vida. Ya que estas decisiones se pueden hacer cerca del final de la vida, la muerte puede seguir pronto, pero no invariablemente, y se han etiquetado estas prácticas como eutanasia⁹.

Para la Asociación Médica Mundial, la eutanasia es considerada como la realización de forma intencional y con conocimiento de un acto con la clara intención de poner término a la vida de otra persona, siempre y cuando esta sea competente, se encuentre informada del estado incurable de su enfermedad y haya pedido voluntariamente terminar con su vida¹⁰.

La eutanasia está definida por la Real Academia Española como «Acción u omisión que, para evitar sufrimientos a los pacientes desahuciados, acelera su muerte con su consentimiento o sin él» y como «Muerte sin sufrimiento físico»¹¹.

Etimológicamente, «eutanasia» es una palabra que deriva de sus raíces griegas, *eu* (bueno) y *thanatos* (muerte), y significa buena muerte o bien morir. Lo contrario de la eutanasia es la distanasia (obstinación terapéutica o ensañamiento terapéutico), por sus raíces griegas *dis* (mal, algo mal hecho) y *thanatos* (muerte), y consiste en retrasar el acontecimiento de la muerte todo lo posible aunque no exista esperanza alguna de curación, sin tomar en cuenta la calidad de vida del enfermo; es decir, se trata de la prolongación de la agonía, el sufrimiento y la muerte de un paciente¹². La obstinación terapéutica no es otra cosa más que la adopción de medidas desproporcionadas o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía¹³.

La ortotanasia se refiere a permitir que la muerte ocurra en su tiempo cierto, «cuando deba ocurrir», y los profesionales de la salud están capacitados para otorgar al paciente todos los cuidados y tratamientos para disminuir el sufrimiento sin alterar el curso de la enfermedad ni, por ende, el curso de la muerte. Existe también la limitación del esfuerzo terapéutico, consistente en retirar o no iniciar medidas terapéuticas porque los profesionales de la salud estiman que en la

situación concreta del paciente son inútiles, ya que solo conseguirían prolongarle la vida sin posibilidad de brindarle una recuperación funcional con una calidad de vida mínima. La omisión o el retiro de los medios extraordinarios también se ha denominado adistanasia¹⁴.

Por su parte, el suicidio consiste en el acto mediante el cual una persona se priva voluntariamente de la vida, y el suicidio asistido se refiere a que un tercero proporcione algún medio efectivo al paciente con el fin de que este pueda darse muerte por sí mismo.

En cuanto a su clasificación, la eutanasia ha sido catalogada según su género, surgiendo así una variedad de categorías, entre las que destacan¹⁵⁻¹⁸:

- Por su finalidad:
 - Eugenesica: muerte a personas deformes o enfermas, para no degenerar la raza.
 - Económica: eliminación de enfermos incurables, discapacitados o ancianos, para aligerar a la sociedad de personas inútiles que suponen elevados costos económicos y asistenciales.
 - Piadosa: por sentimiento de compasión hacia la persona que está soportando graves sufrimientos, sin esperanza de sobrevivir.
 - Solidaria: muerte indolora a personas desahuciadas con el fin de utilizar sus órganos o tejidos con fines terapéuticos.
- Por la modalidad de acción:
 - Activa: solicitada por el propio paciente en etapa terminal y provocada por la acción positiva de un médico o personal de salud.
 - Pasiva: muerte de un paciente por omisión de un tratamiento terapéutico necesario, interrupción de la terapia con la finalidad de no prolongar los sufrimientos de un enfermo al final de la vida.

Esta distinción entre eutanasia activa y pasiva tiende a desaparecer al sustituirse la terminología de «eutanasia pasiva» por la de «limitación del esfuerzo terapéutico», aceptándose de forma general que no se justifica prolongar el sufrimiento del enfermo de manera completamente inútil.

- Por la intención:
 - Directa: provocación de la muerte inmediata y de manera deliberada con medios certeros.
 - Indirecta o lenitiva: acción u omisión que indirectamente (por efecto secundario) provoca la muerte.
- Por el contenido volitivo:

- Voluntaria: se realiza a petición del paciente con su consentimiento informado, expreso y consciente.
- No voluntaria, que contempla dos argumentos:
 - Muerte del paciente que no es capaz de entender la opción entre la vida y la muerte.
 - Se impone a un paciente en contra de su voluntad, contraviniendo sus propios deseos.

La modalidad no voluntaria es elemento de debate al entenderse que se trata de una imposición, y por lo que tanto se hablaría de homicidio.

- Por la autoría:
 - Heterónoma: interviene una o varias terceras personas.
 - Autónoma: actúa el propio paciente. En esta modalidad se hablaría de suicidio.

Independientemente de las distintas clasificaciones, el propósito es el mismo: terminar con la vida de una persona.

Medicina paliativa

En la actualidad, los cuidados paliativos, incluyendo la psicología del moribundo y el duelo, ocupan un lugar preponderante; son un enfoque de mejora de la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades que amenazan la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana y la correcta evaluación y tratamiento del dolor, así como de otros problemas físicos, sociales y espirituales. Son especialmente importantes en países poco desarrollados, donde con elevada frecuencia se presentan casos diagnosticados en etapas avanzadas de la enfermedad, cuando ya no es posible la curación, pero se puede ayudar a disminuir el sufrimiento mediante intervenciones asequibles.

En nuestro país, el 5 de enero de 2009 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto por medio del cual se reformó la Ley General de Salud efectuando adiciones en materia de cuidados paliativos. Dicha Ley dispone que toda persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, puede, en cualquier momento e independientemente de su estado de salud, expresar su voluntad por escrito, ante dos testigos, de recibir o no cualquier tratamiento, en caso de que llegase a padecer una enfermedad y estar en situación terminal y no le sea posible manifestar dicha voluntad.

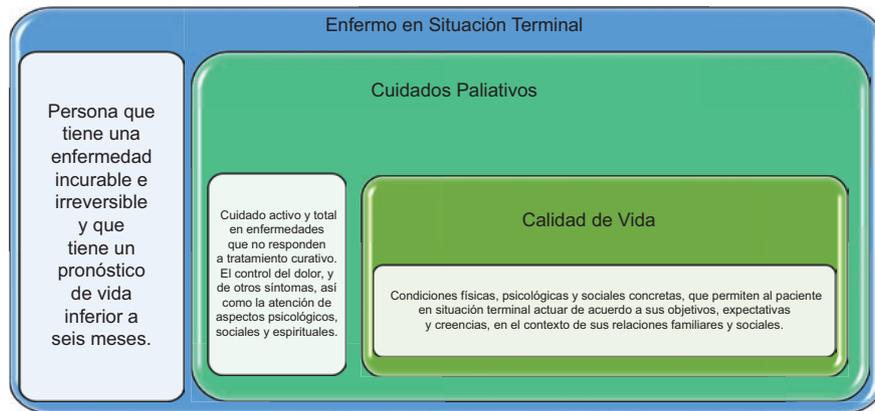


Figura 2. Enfermo en situación terminal (adaptada de: Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-201419).

Los cuidados paliativos consisten en el cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a un tratamiento curativo: el control del dolor y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

Un paciente susceptible de recibir cuidados paliativos es aquel que cursa con una enfermedad o situación avanzada, crónica, incurable, que puede incluir trastornos infecciosos, traumáticos, metabólicos, degenerativos u oncológicos, entre otros, con independencia del pronóstico del tiempo de sobrevivencia¹⁹. Sin embargo, los cuidados paliativos no deben reservarse solo para la última etapa de la vida, sino que deben aplicarse de manera conjunta al tratamiento que intenta modificar la enfermedad e incrementarse a medida que el paciente se acerca al final de la vida. Los cuidados paliativos también deben ser extensivos a la familia, incluso aún después de la muerte del paciente²⁰.

Todos los pacientes sin expectativa curativa deben tener acceso a un nivel básico de cuidados paliativos. Se considera paciente terminal aquel que presenta una enfermedad avanzada, progresiva, incurable, con síntomas intensos, múltiples, multifactoriales, sin posibilidad de reaccionar positivamente a un tratamiento curativo, con amplias posibilidades de que le sobrevenga la muerte a causa de ese padecimiento. El paciente en situación terminal tiene derecho a recibir atención médica integral, así como a optar por recibir cuidados paliativos en su domicilio. En efecto, la autonomía es un principio fundamental de la bioética, y se refiere a la capacidad de realizar actos con conocimiento de causa, con información suficiente y sin coacción interna ni externa; es decir, la autonomía reconoce que la persona enferma tiene derecho a decidir libremente, después de haber recibido la

información apropiada, entre las opciones clínicas disponibles, y reconoce también el derecho a negarse al tratamiento¹⁹.

El médico debe iniciar los cuidados paliativos en el momento en que se diagnostique el estado terminal y se informe al enfermo de las opciones, respetando su decisión y solicitando su consentimiento informado por escrito. Al respecto, el artículo 166 bis de la Ley General de Salud dispone lo siguiente²¹:

- I. *Salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal, para garantizar una vida de calidad a través de los cuidados y atenciones médicas, necesarios para ello;*
- II. *Garantizar una muerte natural en condiciones dignas a los enfermos en situación terminal;*
- III. *Establecer y garantizar los derechos del enfermo en situación terminal en relación con su tratamiento;*
- IV. *Dar a conocer los límites entre el tratamiento curativo y el paliativo;*
- V. *Determinar los medios ordinarios y extraordinarios en los tratamientos; y*
- VI. *Establecer los límites entre la defensa de la vida del enfermo en situación terminal y la obstrucción terapéutica.*

Cabe mencionar que la calidad de vida se refiere a las condiciones físicas, psicológicas y sociales concretas que permiten al paciente en situación terminal actuar de acuerdo con sus objetivos, expectativas y creencias, en el contexto de sus relaciones familiares y sociales¹³ (Fig. 2).

Al hablar de cuidados paliativos, debe especificarse la distinción entre medidas ordinarias y extraordinarias. Las medidas ordinarias son las proporcionadas a las condiciones del enfermo, como el acompañamiento, la

comunicación, la hidratación, la alimentación, los cambios de posición, el aseo y la curación de las heridas, así como los procedimientos y los medicamentos administrados para mitigar el dolor o suprimir síntomas molestos como náuseas, vómitos, mareos e insomnio, todo ello para disminuir el sufrimiento, con lo que se pretende que el paciente este más cómodo y tenga una mejor calidad de vida. Las medidas extraordinarias o desproporcionadas a las condiciones del enfermo no están indicadas en quienes, por lo avanzado de su enfermedad, complicaciones graves y falta de respuesta al tratamiento, el pronóstico es fatal a corto o mediano plazo; entre ellas se pueden mencionar el soporte respiratorio, los estudios diagnósticos invasivos, la cirugía, los antibióticos, la nutrición parenteral y las drogas vasoactivas, y lo mismo puede decirse de la quimioterapia y la radioterapia, que dan lugar a molestias y efectos indeseables. En este orden de ideas, es indudable que a los avances científicos y tecnológicos que han salvado muchas vidas y curado muchas enfermedades se ha sumado la medicina paliativa, la cual no es contraria a dichos avances, pero pugna por su adecuado uso, con un sentido humanista en el que prevalece el respeto a la voluntad y la autonomía del enfermo. El equipo de medicina paliativa interviene y acompaña al enfermo desde el momento inicial, durante toda la evolución de la enfermedad y el proceso diagnóstico y terapéutico, tiempo en que se fortalece la relación del médico con el paciente y la familia²².

La eutanasia en distintos países

La eutanasia ha sido manejada esencialmente por dos corrientes filosóficas fundamentadas en la ciencia y la religión, basándose en conocimientos y creencias socialmente desarrolladas, invocando la dignidad humana tanto para defenderla como para rechazarla. Para sus defensores, la dignidad humana del enfermo consiste en el derecho a elegir de manera libre el momento de su muerte. Para sus detractores, la dignidad humana es oponerse a este derecho por considerarlo una arbitrariedad frente a un asunto exclusivamente de orden divino, para algunos, o científico-legal para otros²³.

Holanda fue el primer país en permitir la eutanasia con la aprobación de la Ley de comprobación de la terminación de la vida a petición propia y de auxilio al suicidio, en la cual se estipulan las condiciones del procedimiento que debe seguirse para que pueda llevarse a cabo²⁴. Por su parte, Bélgica aprobó la Ley de muerte digna y eutanasia, la cual dispone

que el paciente debe cumplir varios requisitos en su solicitud, ya que debe ser voluntaria, reflexionada y reiterada con certificación de varios médicos, quienes deben obtener la aprobación de una Comisión Federal Médica. Posteriormente, Luxemburgo aprobó la Ley sobre el derecho a una muerte digna.

En los Estados Unidos de Norteamérica, en Oregón es legal la eutanasia activa por la Ley de muerte con dignidad, la cual establece los requisitos para solicitar la medicación que termine una vida en forma humana y digna; se trata de una despenalización alejada de las legislaciones belga y holandesa.

En América Latina, Colombia es el único país donde se encuentra despenalizada la eutanasia para enfermos terminales que expresen su voluntad libre de poner fin a su vida, quedando los médicos que los asisten exentos de responsabilidad legal.

La eutanasia en México está penalizada. El Código Penal Federal contempla el delito de auxilio o inducción al suicidio, y aunque se considera como homicidio piadoso, pues la ayuda al enfermo terminal se brinda con la intención de aliviar su sufrimiento y a petición del propio enfermo, se persigue de oficio, y cuando se trata de un menor o enfermo mental, la pena se agrava y se considera homicidio calificado.

Artículo 312.- El que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años.

Artículo 313.- Si el occiso o suicida fuere menor de edad o padeciere alguna de las formas de enajenación mental, se aplicarán al homicida o instigador las sanciones señaladas al homicidio calificado o a las lesiones calificadas²⁵.

El 7 de enero de 2008 fue promulgada la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal (ahora Ciudad de México), con objeto de establecer y regular las normas, los requisitos y las formas de realización de la voluntad de cualquier persona con capacidad de ejercicio respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona, cuando por razones médicas, fortuitas o de fuerza mayor sea imposible mantener su vida de manera natural. Las disposiciones establecidas en esta Ley son relativas a la práctica médica aplicada al enfermo en etapa terminal, consistente en el otorgamiento del tratamiento de los cuidados paliativos, protegiendo en todo momento su dignidad.

Siguiendo a la Ciudad de México, otras entidades federativas cuentan con leyes que regulan la voluntad anticipada, entre ellas Aguascalientes, Chihuahua, Coahuila, Colima, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Nayarit y San Luis Potosí.

Entre los argumentos de quienes se oponen a la eutanasia, uno de los más fuertes consiste en que legalizar la eutanasia llevaría de manera inevitable a abusos en el sentido de terminar con la vida de enfermos sin que ellos lo soliciten, ya sea por decisión del médico, de la familia o de ambos²⁶.

También hay posturas que refieren que el derecho moral del paciente al respeto de su integridad y autonomía no es absoluto, y cuando ese derecho entra en conflicto con el de la integridad de otras personas surgen varias limitaciones. Una de ellas es el derecho del médico, pues el paciente no puede transgredir la integridad del médico como persona cuando se opone a la eutanasia por razones morales.

Reflexiones finales

Los argumentos a favor y en contra de la eutanasia exponen un panorama complejo, que será necesario discutir y decidir en México, y si bien la experiencia en otros países es de gran utilidad, se deben encontrar soluciones que respondan a las particularidades de nuestra cultura.

El tema es muy sensible y trascendente para suscitar un amplio debate, tanto en el plano ético como en el legal, que involucre no solo a la comunidad científica, sino que también exprese el sentir de la sociedad, tanto en el ámbito nacional como en el internacional, con argumentos fundamentales, referentes a la defensa de la dignidad humana y la preocupación para que el ejercicio de la medicina mantenga el sentido humanista que la ha caracterizado.

Dentro de su labor cotidiana, los prestadores de servicios de atención médica se enfrentan al fenómeno de la muerte, para lo cual deben ser capaces de realizar un análisis crítico y elegir la mejor opción para el enfermo y su familia, distinguiendo claramente entre prolongar la vida y prolongar la muerte.

Para lograr lo anterior, se considera indispensable que las instituciones de salud impulsen la formación bioética, así como la actualización médica continua en aspectos bioéticos y legales.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ley General de Salud, Diario Oficial de la Federación de 27 de enero de 2017. (Consultado el 28 de junio de 2018.) Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_010616.pdf
2. López J, López O. Sobre la muerte: a quien pueda interesar. *Rev Colomb Anestesiol*. 2012;40:195-8.
3. Villamizar E. El morir y la muerte en la sociedad contemporánea. *Gerencia y Políticas de Salud*. 2002;1:66-80. (Consultado el 30 de junio de 2018.) Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepol-sal/article/view/2902>.
4. Hernández F. El significado de la muerte. *Revista Digital Universitaria, DGASCA-UNAM, México*. 2006;7:1-7.
5. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Declaración universal sobre bioética y derechos humanos. 33a sesión Conferencia General de la UNESCO, Francia, 2005. Consultado el 20 de junio de 2018. Disponible en: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
6. Gracia-Guillén D. De la bioética clínica a la bioética global: treinta años de evolución. *Acta Bioethica, Universidad de Chile, Santiago, Chile*. 2002;8:27-39.
7. Torralba F. Filosofía del cuidar. *Mapfre Medicina, España*. 2000;11:101-10.
8. Comisión Nacional de Bioética. Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética. 5.ª ed. México, 2015. (Consultado el 28 de junio de 2018.) Disponible en: http://www.mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/registrocomites/Guia_CHB_Final_Paginada_con_forros.pdf.
9. Organización Mundial de la Salud. Technical paper: ethics of medicine and health. (Consultado el 28 de junio de 2018.) Disponible en: http://applications.emro.who.int/docs/em_rc42_7_en.pdf.
10. Asociación Médica Mundial. Declaración sobre la eutanasia. Resolución adoptada por la 39 Asamblea Médica Mundial, Madrid, España, reafirmada por la 200.ª Sesión del Consejo de la AMM, Oslo, Noruega 2015. (Consultado el 28 de junio de 2018.) Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/resolucion-de-la-amm-sobre-la-eutanasia>
11. Diccionario de la Real Academia Española. 2015. (Consultado el 28 de junio de 2018.) Disponible en: <http://www.rae.es>.
12. Cerdá G. Al filo de la muerte: cuidados paliativos vs eutanasia. En: Tomás Garrido GM, editor. *Manual de bioética*. Barcelona: Ariel Ciencia; 2001. p. 445-61.
13. Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014. Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos. *Diario Oficial de la Federación*, 9 de diciembre de 2014.
14. Félix Z, Geraldo S, Marques A, Garrido C, Costa M, Medeiros F. La eutanasia, distanasia y ortotanasia: una revisión integradora de la literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18:2733-46.
15. Azzolini A. Intervención en la eutanasia: ¿participación criminal o colaboración humanitaria? En: *Eutanasia: aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos*. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, México; 2001. p. 284-9.
16. Matozzo L. ¿Buen morir... Buen matar? Buen control. En: *El Derecho*. No. 9071, 27 de agosto de 1996, y *Revista Entre Círculos*, del CM Salud, Círculos Médicos de San Isidro Vicente López, año 1, Eros. 1, 2 y 3; 1998.
17. Marcos A. La eutanasia. Estudio filosófico-jurídico. Madrid: Pons Ediciones Jurídicas y Sociales; 2000. p. 1-358.
18. Trejo E. Legislación internacional y estudio de derecho comparado de la eutanasia. Dirección de Servicios de Investigación y Análisis. México: Cámara de Diputados; 2007. p. 25.
19. Guía de Práctica Clínica en Cuidados Paliativos. México: Secretaría de Salud, 2010. (Consultado el 20 de junio de 2018.) Disponible en: http://www.cenotec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/445_GPC_Cuidados_paliativos/GER_Cuidados_Paliativos1x.pdf
20. Al-Mahrezi A, Al-Mandhari Z. Palliative care: time for action. *Oman Medical Journal*. 2016;31:161-3.
21. Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014. Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos. México: Secretaría de Salud; 2010.
22. Gutiérrez-Sampeiro C, Ruiz-Canizales R, Arellano-Rodríguez S, Romero Zepeda H, Hall RT, García Camino B. *Medicina paliativa en cirugía*. *Cir Cir*. 2017;85:186-91.
23. Álvarez A. Algunos elementos para discutir la eutanasia. *Rev Fac Med UNAM*. 2007;50(1):28-30.
24. Código Penal Federal. Diario Oficial de la Federación, 20 de agosto de 2009. (Consultado el 30 de junio de 2018.) Disponible en: <https://www.juridicas.unam.mx/legislacion/ordenamiento/codigo-penal-federal>.
25. Acosta S. ¿Quién debe decidir? *Rev Avances Médicos Cuba*. 1996;3:60.
26. Álvarez A. Eutanasia y suicidio médicamente asistido. *Rev Invest Clin*. 2014;66:282-7.