

MATERIA:

MEDICINA PALIATIVA

NOMBRE DEL TRABAJO:

SEDACIÓN PALIATIVA Y EUTANASIA

ALUMNA:

Layla Carolina Morales Alfaro

GRUPO: "A"

GRADO: "6"

PASIÓN POR EDUCAR

DOCENTE:

Dr. Agenor Abarca Espinoza

Comitán de Domínguez Chiapas a 17 de junio de 2024

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La sedación paliativa es una intervención médica destinada a aliviar el sufrimiento refractario en pacientes con enfermedades terminales. Se aplica cuando los síntomas no pueden ser controlados adecuadamente por otros medios, y su objetivo es reducir el nivel de conciencia para mitigar el dolor y la angustia. Esta práctica es parte integral de los cuidados paliativos, los cuales buscan mejorar la calidad de vida de los pacientes en etapas avanzadas de enfermedad, respetando sus valores y deseos. La sedación paliativa se distingue de la eutanasia y el suicidio asistido, ya que no tiene la intención de acortar la vida, sino de aliviar el sufrimiento extremo. La decisión de iniciar la sedación paliativa se basa en una evaluación multidisciplinaria y un proceso de consentimiento informado, considerando tanto los aspectos éticos como los clínicos.

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). 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

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

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.

⇒ TIPOS DE SEDACIÓN

La sedación paliativa puede ser, según su temporalidad:

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

Según su intensidad:

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

De forma específica, podemos hablar de sedación paliativa en la agonía, 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 Y CONSENTIMIENTO

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.

Tomando como referencia 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.

⇒ PROCEDIMIENTO

Los fármacos de elección en la sedación paliativa son:

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

Como guía la escala de sedación:

- Primer escalón: midazolam, en general como primera opción. Aunque en el caso del paciente con delirium refractario, el fármaco de elección será la levomepromazina. La clorpromazina también es una primera opción válida.
- El segundo escalón: combinación de midazolam con levomepromazina o clorpromazina intravenosa.
- El tercer escalón: se pautará fenobarbital si el paciente está en su domicilio o propofol si permanece en el hospital.

⇒ EVALUACIÓN

Consiste en observar y anotar la profundidad de la sedación utilizando una escala adecuada. Generalmente, se usa la escala de Ramsay, que permite evaluar el nivel de sedación que se quiere lograr (a partir del nivel 4, el paciente está dormido). En 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.

CONCLUSIÓN

Representa un recurso fundamental en el manejo de pacientes con síntomas intratables al final de la vida, garantizando un enfoque compasivo y centrado en la persona. A través de esta intervención, se logra una reducción significativa del sufrimiento, permitiendo a los pacientes y sus familias enfrentar el proceso de morir con mayor dignidad y paz. Es crucial que esta práctica sea llevada a cabo con estrictos criterios clínicos y éticos, asegurando que se respeten los principios de autonomía y beneficencia. La implementación adecuada de la sedación paliativa requiere una comunicación efectiva y un soporte integral, subrayando el compromiso de la medicina paliativa de brindar el mejor cuidado posible en los momentos más críticos.

Sedación paliativa

Clementina Acedo Claro^a y Bárbara Rodríguez Martín^b

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

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

Correspondencia

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

Correo electrónico

barbara_rodriguez_martin@hotmail.com

Recibido el 22 de julio de 2020.

Aceptado para su publicación el 20 de octubre 2020.

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

RESUMEN

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

Palabras clave: sedación paliativa, cuidados paliativos, hipnóticos y sedantes.

PALLIATIVE SEDATION

ABSTRACT

Many patients who are nearing the end-of-life suffer from intense anguish in terms of refractory symptoms, those that cannot be adequately controlled with the available treatments provided by expert doctors. Palliative sedation is the deliberate lowering of the patient's depth of consciousness to avoid unbearable anguish caused by one or more refractory symptoms. It must meet multiple requirements to be considered an ethical and legal practice, such as the intent to relieve anguish, proper evaluation of the agony and the symptoms that cause it, the obtaining of informed consent and the use of the indicated drugs at the appropriate dose. Depending on the patient's preferences, this can be performed either in an inpatient environment or at home, where the subcutaneous route is the method of choice. The first-line drug is midazolam, administered both intravenously and subcutaneously. If the patient experiences delirium as the primary symptom, levomepromazine will be administered. Sedation may be considered intermittently or continuously. It is essential to monitor the patient under sedation, both the depth of sedation acquired and the signs or symptoms of anguish, and to support the family.

Keywords: Hypnotics and Sedatives, Palliative Care, Palliative Sedation.



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

INTRODUCCIÓN

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

SEDACIÓN PALIATIVA. CONCEPTO

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

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

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

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

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

TIPOS DE SEDACIÓN

La sedación paliativa puede ser, según su temporalidad⁵:

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

Según su intensidad²:

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

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

INDICACIÓN DE LA SEDACIÓN PALIATIVA. REQUISITOS

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

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

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

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

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

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

EL CONSENTIMIENTO EN LA SEDACIÓN PALIATIVA

Tomando como referencia la **Ley 41/2002, de 14 de noviembre**, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, se resaltarán que todo paciente tiene derecho a conocer información clara y entendible sobre su proceso de enfermedad y sobre los tratamientos propuestos. También tiene derecho a no ser informado si así lo desea⁶.

Consentimiento informado: la Ley 41/2002 de 14 de noviembre lo define en su artículo 3 como «la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud». La autonomía es un derecho de los enfermos que el médico debe respetar. Evitar el paternalismo tradicional no debe conducir al abandono del paciente en la toma de decisiones, que ha de realizarse en el contexto de una relación clínica cooperativa. No debemos olvidar que el derecho del enfermo a recibir información clara y comprensible de su situación tiene excepciones, como, por ejemplo, cuando el enfermo renuncia al derecho a ser informado o cuando el médico, dadas las circunstancias personales del paciente, considera que le puede hacer más daño que beneficio. No tener en cuenta estos aspectos puede conducir a la «obstinación informativa» altamente indeseable por el daño que puede ocasionar⁵.

En las situaciones al final de la vida, no se recomienda, sin embargo, la firma de ningún documento de consentimiento a la sedación paliativa, aunque es preceptivo que el proceso de toma de decisiones figure con el máximo detalle en la historia clínica del paciente.

El consentimiento es el procedimiento médico formal cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente. Debe reunir los siguientes requisitos:

- **Voluntariedad:** los sujetos deben decidir libremente someterse a un tratamiento o someterse a un estudio sin que haya persuasión ni manipulación. El carácter voluntario del consentimiento es vulnerado cuando es solicitado por personas en posición de autoridad o no se ofrece un tiempo suficiente al paciente para reflexionar, consultar o decidir.
- **Información:** debe ser comprensible e incluir el objetivo del tratamiento o del estudio, su procedimiento, los beneficios y riesgos potenciales y la posibilidad de rechazar el tratamiento o estudio una vez iniciado en cualquier momento, sin que ello le pueda perjudicar en otros tratamientos.
- **Comprensión:** es la capacidad de entender o comprender la información que recibe el paciente.

Típos de consentimiento:

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

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

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

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

PROCEDIMIENTO PARA LA SEDACIÓN

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

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

Utilizaremos como guía la escala de sedación (**figura 1**):

- **Primer escalón:** midazolam, en general como primera opción. Aunque en el caso del paciente con delirium refractario, el fármaco de elección será la levomepromazina. La clorpromazina también es una primera opción válida.
- **El segundo escalón:** combinación de midazolam con levomepromazina o clorpromazina intravenosa.
- **El tercer escalón:** se pautará fenobarbital si el paciente está en su domicilio o propofol si permanece en el hospital.

Figura 1. Escalera de sedación



SEDACIÓN CON MIDAZOLAM POR VÍA SUBCUTÁNEA

Es el método de elección en el domicilio. Se manejarán tres conceptos: dosis de inducción, dosis de rescate y dosis de infusión continua. En este último caso, utilizando bombas elastoméricas (infusores)^{2,7}.

La dosis de inducción es aquella con la que queremos conseguir el nivel de sedación adecuado. Se aconseja utilizar bolos de 2,5 a 5 mg/4 h, individualizando la dosis dentro de ese rango en función del estado de consciencia de partida y de la fragilidad del paciente. En el caso de pacientes que hayan desarrollado tolerancia a las benzodiazepinas por tratamientos previos, la dosis de inducción será 5-10 mg^{2,5,7}.

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

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

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

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

Ejemplo:

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

SEDACIÓN CON MIDAZOLAM POR VÍA ENDOVENOSA

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

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

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

SEDACIÓN CON LEVOMEPRMACINA POR VÍA SUBCUTÁNEA

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

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

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

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

SEDACIÓN CON CLOPROMACINA POR VÍA ENDOVENOSA

De utilización en ámbito hospitalario.

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

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

Está contraindicada la administración de clorpromacina por vía subcutánea.

SEDACIÓN CON FENOBARBITAL POR VÍA SUBCUTÁNEA

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

Al iniciar la inducción con fenobarbital, hay que suspender el tratamiento con benzodiazepinas y neurolepticos^{2,5} y reducir el tratamiento opioide al menos a la mitad de la dosis.

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

SEDACIÓN CON PROPOFOL POR VÍA ENDOVENOSA

Siempre se llevará a cabo en el ámbito hospitalario.

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

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

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

EVALUACIÓN DE LA SEDACIÓN

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

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

Tabla 2. Escala de evaluación de la sedación de Ramsay

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

GLOSARIO DE TÉRMINOS

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

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

BIBLIOGRAFÍA

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

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La eutanasia es un tema complejo y polémico que implica la intervención médica para causar la muerte de un paciente con el propósito de aliviar un sufrimiento insoportable debido a una enfermedad incurable o terminal. Existen dos tipos principales de eutanasia: activa, donde se administra deliberadamente una sustancia letal, y pasiva, que consiste en retirar tratamientos médicos que prolongan la vida del paciente. La eutanasia plantea profundos dilemas éticos, legales y médicos, ya que confronta cuestiones sobre el derecho a la vida, la autonomía personal y la definición de una muerte digna. Las legislaciones y las percepciones sobre la eutanasia varían significativamente entre diferentes culturas y países, reflejando las diversas creencias y valores sobre el fin de la vida y el papel de los profesionales de la salud.

EUTANASIA

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 vida.

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».

Etimológicamente, «eutanasia» es una palabra que deriva de sus raíces griegas, eu (bueno) y thanatos (muerte), y significa buena muerte o bien morir.

➤ CLASIFICACIÓN

a) Respecto del Modo. Atiende a la forma como se realiza, ya sea por acción u omisión y puede ser:

- **Eutanasia Activa:** Conocida también como eutanasia positiva. Se produce cuando se da una acción encaminada a provocar la muerte del moribundo; ejemplo: mediante la aplicación de una inyección letal.

- **Eutanasia Pasiva:** Se le denomina igualmente, como eutanasia negativa. Consiste en una omisión del tratamiento que lleva implícito, causar la muerte; ejemplo: la abstención o suspensión terapéutica. La primera consiste en no iniciar el tratamiento; la segunda se basa en la suspensión del tratamiento iniciado, ya sea que no se trate la afección inicial o, que no se trate la enfermedad emergente que surja coetánea a la principal.

Esta forma de eutanasia pasiva no lleva aparejada el abandono total del enfermo, en virtud de que se le continúan brindando cuidados higiénicos y el suministro de drogas sedativas del dolor, etc.

b) Respeto de la Intención: Esta clasificación está vinculada a dar soluciones más humanas a casos dramáticos y complejos. Se subdivide en:

- **Eutanasia Directa:** Alude a la realización de un acto en que de forma deliberada se provoca la muerte. Ésta se pretende como un fin que se busca intencionalmente.

- **Eutanasia Indirecta:** Es la acción en que la muerte o la abreviación de la vida resultan como efecto secundario no pretendido en sí. En principio lo que se persigue es el alivio al dolor, a través de la utilización de medios que lo supriman o atenúen, como es el caso del empleo de analgésicos.

c) Respeto de la Voluntad del Paciente:

- **Eutanasia Voluntaria:** Es la que se realiza a instancia o voluntad propia del enfermo, ya sea por insistentes peticiones o al menos con su consentimiento.

- **Eutanasia no Voluntaria:** En sentido contrario al anterior, es la que se practica sin contar con el consentimiento o la voluntad del paciente.

CONCLUSIÓN

Continúa siendo uno de los debates más significativos en el ámbito de la bioética y la medicina moderna. Mientras algunos argumentan que permite a los pacientes morir con dignidad y libre de sufrimiento, otros expresan preocupaciones sobre los riesgos de abuso, la erosión del valor de la vida y el impacto en la relación médico-paciente. La implementación de la eutanasia requiere un marco legal robusto y claras directrices éticas para asegurar que se respeten los derechos de los pacientes y se prevengan posibles malinterpretaciones o mal prácticas. En última instancia, la discusión sobre la eutanasia subraya la necesidad de una atención integral y humanizada que priorice el alivio del sufrimiento y el respeto a la autonomía del paciente, mientras se exploran todas las alternativas posibles en el cuidado paliativo.

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.

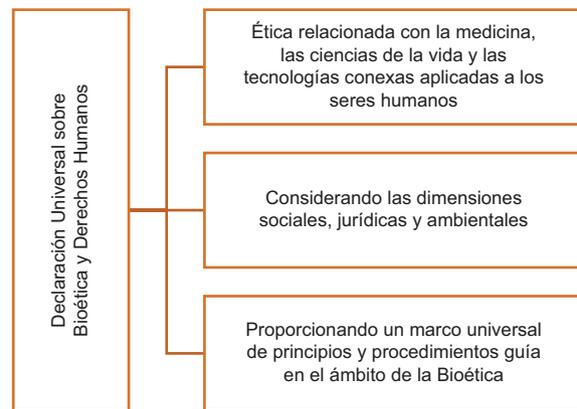


Figura 1. Declaración universal sobre bioética y derechos humanos (adaptada de: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura⁵).

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.

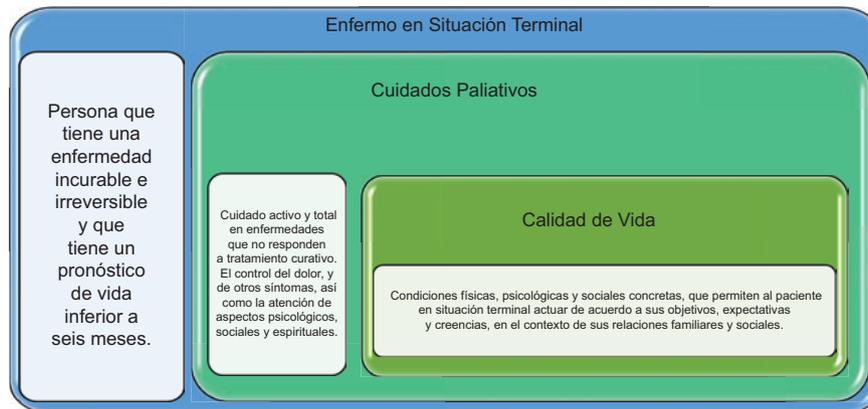


Figura 2. Enfermo en situación terminal (adaptada de: Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-201419).

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 obstinación 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.