



Nombre del alumno: Jasson Yael López Ordoñez

Nombre del profesor: Dr. Agenor Abarca Espinosa

Nombre del trabajo: Análisis de artículos – Sedación paliativa (1) / Eutanasia (2)

PASIÓN POR EDUCAR

Materia: Medicina Paliativa

Grado: 6to

Grupo: A

Comitán de Domínguez, Chiapas a 17 de junio del 2024.

SEDACION PALIATIVA (1)

ARTÍCULO ORIGINAL

GUIA DE SEDACIÓN PALIATIVA ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL (OMC) SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS (SECPAL)

Introducción

La Medicina Paliativa comenzó a desarrollarse en Reino Unido en la década de los sesenta y en España en los ochenta. Se trata, por lo tanto, de un área asistencial cuyo desarrollo científico es muy joven. A pesar de ello se han hecho avances importantes en todos los sentidos. Se han incrementado notablemente, sobre todo estos últimos años, el número de recursos específicos, la capacitación de profesionales y también la investigación. Se ha avanzado mucho en el control de los síntomas, aspecto clave en Medicina Paliativa y han aparecido nuevos fármacos, sobre todo analgésicos, que facilitan mucho el alivio del dolor al final de la vida. Sin embargo, todavía hay algunos enfermos que, a pesar de todo, tienen en algún momento de la evolución de su enfermedad (oncológica o no), uno o más síntomas refractarios al tratamiento que le provocan un sufrimiento insoportable.

La necesidad de disminuir la conciencia de un enfermo en las horas anteriores de su muerte ha sido y es objeto de controversia, en sus aspectos clínicos, éticos, legales y religiosos. Además, quienes no conocen las indicaciones y la técnica de la sedación o carecen de experiencia en medicina paliativa, pueden confundirla con una forma encubierta de eutanasia.

La mejor manera de afrontar los casos de petición de eutanasia y su aceptación social, es la correcta formación de los médicos y el desarrollo de los cuidados paliativos, de forma que ningún enfermo sufra innecesariamente al final de la vida. Por ese motivo, la OMC y la SECPAL han elaborado este documento que puede servir de guía para la buena praxis y para la correcta aplicación de la sedación paliativa.

Definición

La sedación paliativa es la disminución deliberada del nivel de conciencia del enfermo mediante la administración de los fármacos apropiados con el objetivo de evitar un sufrimiento intenso causado por uno o más síntomas refractarios. Puede ser continua o intermitente y su profundidad se gradúa buscando el nivel de sedación mínimo que logre el alivio sintomático.

La sedación paliativa en la agonía es la sedación paliativa que se utiliza cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida para aliviar un sufrimiento

intenso. En esta situación la sedación es continua y tan profunda como sea necesario para aliviar dicho sufrimiento.

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 ocasionar.

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

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

Enfermedad o situación terminal

Enfermedad incurable, avanzada e irreversible, con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses.

Situación de agonía

La que precede a la muerte cuando ésta 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.

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.

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 psicosociales.

INDICACIONES DE LA SEDACIÓN PALIATIVA

La sedación se ha de considerar actualmente como un tratamiento adecuado para aquellos enfermos que son presa de sufrimientos intolerables y no han respondido a lo tratamiento adecuados.

La necesidad de sedar a un enfermo en fase terminal obliga al médico a evaluar los tratamientos que hasta entonces ha recibido el enfermo. No es aceptable la sedación ante síntomas difíciles de controlar, cuando éstos no han demostrado su condición de refractarios.

Las indicaciones más frecuentes de sedación son las situaciones extremas de delirium hiperactivo, náuseas/vómitos, disnea, dolor, hemorragia masiva y ansiedad o pánico, siempre que no hayan respondido a los tratamientos indicados y aplicados correctamente durante un tiempo razonable.

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, ni como “eutanasia lenta” o “eutanasia encubierta” (no autorizada por nuestro código profesional ni por las leyes actualmente vigentes).

Para evaluar, desde un contexto ético-profesional, si está justificada la indicación de la sedación, es preciso considerar los siguientes criterios:

1. La aplicación de sedación paliativa exige del médico, la comprobación cierta y consolidada de las siguientes circunstancias:

- a. Que existe un sufrimiento intenso causado por síntomas refractarios.
- b. Que el enfermo o, en su defecto la familia, ha otorgado el adecuado consentimiento informado de la sedación paliativa.
- c. Que el enfermo ha tenido oportunidad de satisfacer sus necesidades familiares, sociales y espirituales.

2. En el caso de la sedación en la agonía se requiere, además, que los datos clínicos indiquen una situación de muerte inminente o muy próxima.

Si tuviera dudas de la citada indicación, el médico responsable deberá solicitar el parecer de un colega experimentado en el control de síntomas. Además el médico dejará constancia razonada de esa conclusión en la historia clínica, especificando la naturaleza e intensidad de los síntomas y las medidas que empleó para aliviarlos (fármacos, dosis y recursos materiales y humanos utilizados) e informará de sus decisiones a los otros miembros del equipo asistencial.

Como en cualquier otro tratamiento se debe realizar una evaluación continua del nivel de sedación en el que se encuentra y necesita el enfermo. Se recomienda para este fin la escala de Ramsay (Tabla I). En la historia clínica y en las hojas de evolución deberán registrarse con el detalle necesario los datos relativos al ajuste de las dosis de los fármacos utilizados, a la evolución clínica de la sedación en la agonía y a los cuidados básicos administrados.

Es un deber deontológico abordar con decisión la sedación en la agonía, incluso cuando de ese tratamiento se pudiera derivar, como efecto secundario, una anticipación de la muerte.

El inicio de la sedación paliativa no descarga al médico de su deber de continuidad de los cuidados. Aunque esta sedación pueda durar más de lo previsto inicialmente, no pueden suspenderse los cuidados básicos e higiénicos exigidos por la dignidad del moribundo, por el cuidado y el aseo de su cuerpo.

Igualmente, es necesario transmitir a la familia que el enfermo adecuadamente sedado no sufre.

SEDACIÓN O EUTANASIA

La Ética y la Deontología Médica establecen como deberes fundamentales respetar la vida y la dignidad de todos los enfermos, así como poseer los conocimientos y la competencia debidos para prestarles una asistencia de calidad profesional y

humana. Estos deberes cobran una particular relevancia en la atención a los enfermos en fase terminal, a quienes se les debe ofrecer el tratamiento paliativo que mejor contribuya a aliviar el sufrimiento, manteniendo su dignidad, lo que incluye la renuncia a tratamientos inútiles o desproporcionados de los que sólo puede esperarse un alargamiento penoso de sus vidas.

Existe una clara y relevante diferencia entre sedación paliativa y eutanasia si se observa desde la Ética y la Deontología Médica. La frontera entre ambas se encuentra en la intención, en el procedimiento empleado, y en el resultado. En la sedación se busca disminuir el nivel de conciencia, con la dosis mínima necesaria de fármacos, para evitar que el paciente perciba el síntoma refractario. En la eutanasia se busca deliberadamente la muerte anticipada tras la administración de fármacos a dosis letales, para terminar con el sufrimiento del paciente.

PROCEDIMIENTO

Es recomendable que la sedación se lleve a cabo en el lugar en que está siendo atendido el enfermo, ya sea en el hospital o en el domicilio y que sea aplicada por su médico. En el caso de que éste no se considere capacitado para ello, solicitará la ayuda a un equipo de cuidados paliativos o a un médico con la suficiente experiencia para ello.

Elección del fármaco y la vía adecuados

Los fármacos de elección en la sedación paliativa son, por este orden, las benzodiazepinas (midazolam), los neurolepticos sedativos (clorpromazina iv o levomepromazina sc) los anticonvulsivantes (fenobarbital im o sc) y los anestésicos (propofol iv). En el caso de la sedación paliativa en la agonía hay que valorar la retirada de los fármacos que ya no sean necesarios.

El midazolam es siempre la primera opción, excepto cuando el síntoma refractario es el delirium, siendo en este caso de elección la levomepromacina. El midazolam puede usarse por vía subcutánea o endovenosa. La vía endovenosa, por lo general, se reserva para casos de urgencia (asfixia, hemorragia masiva, etc.) o cuando el enfermo ya tiene una vía venosa canalizada por otros motivos. El midazolam tiene una dosis techo aproximada de 150 a 200 mg diarios, a partir de la cual pueden producirse reacciones paradójicas. Existen formulaciones con diferentes concentraciones, por lo que se recomienda pautar siempre en mg y no en ml. Las presentaciones de uso más frecuente son las ampollas con 15 mg en 3 ml ó 50 mg en 10 ml.

La levomepromacina se usa como primera opción en casos de delirio refractario, y como segunda opción cuando fracasa la sedación con midazolam. Puede usarse

por vía subcutánea o endovenosa. La levomepromacina tiene una dosis techo de aproximadamente 300 mg diarios. La presentación es de ampollas de 25 mg en 1 ml.

El fenobarbital o el propofol se utilizan en el medio hospitalario y bajo prescripción y seguimiento de un médico experto, cuando en la sedación paliativa fracasan las técnicas anteriores.

Sedación con midazolam por vía subcutánea

La dosis de inducción es de 2,5 a 5 mg cada 4 horas, administrada en bolo, individualizando la dosis dentro de ese rango en función del estado de consciencia de partida y de la fragilidad del paciente. En caso de pacientes que hayan desarrollado tolerancia a benzodiazepinas por tratamientos previos, la dosis de inducción será de 5 a 10 mg.

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 minutos, y que la vida media del midazolam puede fluctuar entre 2 y 5 horas.

Tras 24 horas de inducción, se calcula la dosis de infusión continua, sumando todas las dosis (inducción + rescates) administradas en las últimas 24 horas, obteniendo así la cantidad a cargar en un infusor de 24 horas, o bien dividiendo dicha cantidad total entre 24, obteniendo así los mg/hora a administrar mediante bomba de infusión continua. Las dosis extra de rescate serán de aproximadamente 1/6 de la dosis total diaria, y se podrán seguir utilizando durante todo el procedimiento de la sedación.

Sedación con midazolam por vía endovenosa

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 minutos hasta alcanzar el nivel de sedación mínimo con el que se logre el alivio 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 horas. Las dosis de rescate serán las mismas que la dosis de inducción y se añadirán tantas veces como sean precisas. Tras 24 horas se calculará el ritmo de la bomba de infusión endovenosa continua en mg/h de la misma forma que se ha propuesto para la sedación subcutánea. Las dosis extra de rescate se pueden seguir utilizando durante todo el procedimiento de sedación.

Sedación con levomepromacina por vía subcutánea

Si el paciente está bajo intento de sedación previa con midazolam, debe reducirse la dosis de éste fármaco un 50% en el día de la inducción con levomepromacina, 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 al midazolam, con dosis iniciales de 12,5 a 25 mg, aunque utilizando mayor intervalo de tiempo (6 a 8 horas), dado que la vida media de éste fármaco es mayor (de 15 a 30 horas). La dosis diaria de infusión continua será la suma de las dosis administradas en las primeras 24 horas, siendo habitualmente esta dosis de aproximadamente 100 mg diarios.

Sedación con clorpromacina por vía endovenosa

Se calcula la dosis de inducción también de forma similar al midazolam, con dosis iniciales de 12,5 a 25 mg, utilizando intervalos de 6 a 8 horas. La dosis de mantenimiento suele ser de 12,5 a 50 mg cada 6 a 8 horas, con una dosis techo de 300 mg diarios.

Sedación con fenobarbital por vía subcutánea o intramuscular

Antes de iniciar la inducción con fenobarbital, hay que suspender el tratamiento con benzodiazepinas y neurolépticos, 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 horas 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 sucesivos hasta alcanzar una sedación adecuada.

Sedación con fenobarbital por vía endovenosa

La dosis de inducción es de 2 mg/kg (administración lenta), y la dosis de mantenimiento suele establecerse en 1 mg/kg/hora.

Sedación con propofol por vía endovenosa

Debe realizarse siempre bajo supervisión médica experta en el manejo de éste fármaco y en el medio hospitalario, por lo que no es objeto de descripción en esta guía de uso general.

Utilización de otros fármacos durante la sedación

En el caso de la sedación paliativa, dada su reversibilidad, puede ser prudente mantener todos aquellos fármacos pautados previamente, siempre que no se considere extraordinario su uso. En el caso de la sedación en la agonía, se recomienda mantener durante la sedación algunos fármacos esenciales. Entre ellos los anticolinérgicos (con la indicación de antisecretores bronquiales), o los opioides, que no deben ser retirados durante la sedación, aunque puede reducirse su dosis. Los anticolinérgicos más usados son el n-butilbromuro de hioscina (ampollas de 20 mg en 1 ml) o la escopolamina bromhidrato (ampollas de 0,5 mg en 1 ml). Es muy probable que además haya que utilizar con frecuencia algún otro fármaco. Tal es el caso de la hioscina para evitar las secreciones bronquiales o la morfina, sobre todo si el paciente ya la estaba recibiendo en esos momentos.

-HIOSCINA. Para prevenir/tratar las secreciones bronquiales (estertores premortem) y por su capacidad sedante.

N-butilbromuro de hioscina 20 mg en ampollas de 1 ml. Dosis: 20 a 40 mg cada 8 horas (IV o SC)

Escopolamina bromhidrato 0,5 mg en ampollas de 1 ml. Dosis: 0,5 a 1 mg cada 4 horas (IV o SC)

-MORFINA. Tiene capacidad sedante y, por supuesto, no retirarla nunca si el enfermo ya la estaba recibiendo.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Tras la iniciación de la sedación, las recomendaciones se pueden agrupar en tres.

1. Revisar periódicamente el nivel de sedación según la Escala de Ramsay (tabla 1): movimientos espontáneos faciales o corporales, repuesta a estímulos (despertar tranquilo o angustiado, movimientos erráticos).
2. Evaluar y dejar constancia en la historia clínica de la evolución: temperatura, secreciones, frecuencia respiratoria, diámetro pupilar.
3. Evaluar constantemente el estado emocional de la familia, dejando también constancia en la historia clínica. Proporcionar siempre presencia, comprensión, disponibilidad y privacidad (habitación individual).

SEDACIÓN PALIATIVA (1)

CONCLUSIONES ACERCA DEL ARTICULO ORIGINAL (SEDACIÓN PALIATIVA)

En este artículo, la revisión del tema no se hace por separado, se incluyen también temas que cusan mucho más peso social y bioético como lo es la eutanasia, pero que al ser mencionado, nos regala un mejor punto de comparación y entendimiento del peso terapéutico, social y bioético que tiene la sedación paliativa como una de las ultimas alternativas ante el fallo inminente de las mejores y adecuadas terapéuticas que hayan podido ser empleadas sobre los pacientes en sufrimiento por enfermedades terminales.

La sedación paliativa, como bien era mencionada en el artículo, es la administración de medicamentos sedantes para disminuir el nivel de conciencia del paciente y con ello hacer que el paciente, el cual debe de sufrir dolencias las cuales sean incapaces de responder ante una terapéutica máxima adecuada para ser candidatos a dicha práctica, no sienta dolor.

Sin embargo, aunque el paciente ya no sentirá dolor debido al estado letárgico inducido, este ya no podrá realizar absolutamente ninguna actividad a excepción de las funciones orgánicas básicas para mantenerse vivo. En otras palabras, hablamos de la inducción de un estado de coma en busca de que el paciente no sienta sus dolencias, pero manteniéndolo vivo, acción la cual lo diferenciara grandemente de la eutanasia; básicamente se busca mantener en paciente en un estado vegetativo, sin sensaciones, sin dolor, sin conciencia.

Su importancia en la medicina paliativa es que, esta resulta ser una de las alternativas medicas de última opción posibles para los pacientes con fracaso a los tratamientos máximos adecuados y que, socialmente estaría mejor visto, a diferencia de si es comparada con ponerle fin a la vida como en la muerte medica asistida.

En países como en España, del cual procede el documento, la praxis de estos medios terapéuticos controversiales se ve tomada con mayor importancia debido a que hasta se han formulado leyes, indicaciones y hasta prohibiciones para llevarla a cabo.

Un punto importante a no olvidar sobre esta medida, es que estará indicada solo en aquellos pacientes quienes padezcan enfermedades que den una calidad de vida degradante a la persona y que sea el mismo paciente quien expresamente de su consentimiento para que su cuerpo sea puesto bajo sedación manteniendo activas sus funciones vitales básicas. Esto se consigue solo bajo un camino, con la administración de medicamentos sedantes, tales como los que son utilizados para la realización de una secuencia de intubación rápida en el ámbito hospitalario, como el midazolam, el propofol, entre otros; sin embargo, acá su uso no será por un par

de minutos u horas simplemente, sino que se buscará usar dosis de mantenimiento para que el paciente este continuamente bajo ese estado letárgico, sin llegar a provocar en el paciente una sobre dosis y con ello la muerte.

Sin embargo, a pesar de la decisión del paciente, no se debe de olvidar los efectos psicológicos que el ver a su familiar en estas condiciones puede producirles, ya que el paciente continuamente estará bajo monitorización médica, rodeado de equipos médicos, medicamentos y sobre todo que perderá toda capacidad de interacción y solo se podremos ver al cuerpo inerte tenido en una cama, con vida, pero como si no hubiese sensación alguna de ella.

Sin embargo, no se debe de olvidar que a la sedación paliativa le sobrevendrá la muerte del paciente eventualmente, cuando sus órganos internos no puedan más, motivo por el, analizado desde este panorama, podría decirse que es otorgarle una muerte más natural al paciente e indolora sin llegar al punto de caer en una eutanasia.

EUTANASIA (2)

ARTICULO ORIGINAL

COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA

ÓRGANO DESCONCENTRADO DE LA SECRETARÍA DE SALUD

EUTANASIA. ALGUNOS ELEMENTOS PARA EL DEBATE

Introducción

Es muy positivo que exista una preocupación por parte de los legisladores por impulsar leyes que hagan posible que los mexicanos puedan tener una muerte digna. También es deseable y necesario que se genere un debate en la opinión pública sobre este tema. Las diferentes iniciativas de ley que han aparecido -o que tenemos conocimiento que actualmente se comentan- se refieren a la eutanasia activa, la eutanasia pasiva y la voluntad anticipada. Sin embargo, existe mucha confusión sobre los conceptos que se discuten, especialmente cuando se habla de eutanasia. La Comisión Nacional de Bioética, respondiendo a su misión de crear una cultura de bioética en el país, describe por medio de este documento los principales conceptos relacionados con el tema de la eutanasia y la dignidad al final de la vida en el contexto de la atención médica. Esto con el objeto de contribuir a que se dé un debate informado, sustentado, razonado y razonable y se produzcan acercamientos entre puntos de vista divergentes que se traduzcan en beneficio para la sociedad en su conjunto.

Eutanasia

Este término ha significado cosas muy diferentes a través de la historia y hoy mismo las personas lo entienden de formas distintas. Por una parte, se puede decir que se usa de manera habitual para referirse a una gama muy amplia de acciones que tienen en común el hecho de poner fin a la vida de un ser humano que sufre. Sin embargo, este uso no ayuda nada al debate porque no establece diferencias entre acciones que sí implican diferencias éticas muy importantes y que dependen de las circunstancias en que se produce un acto que causa la muerte de un enfermo. Por tal razón, es necesario definir la eutanasia de una manera más precisa: es el acto o procedimiento, por parte de un médico para producir la muerte de un paciente, sin dolor, y a petición de éste, para terminar con su sufrimiento.

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

Esta definición excluye muchas acciones con las que, equivocadamente, se confunde la eutanasia. Resulta inexacto llamar así una acción que provoca la muerte si la persona que la realiza no es un médico, si la persona que muere no padece una enfermedad o una condición médica que le cause un sufrimiento intolerable, si la acción que causa la muerte va acompañada de dolor, y, sobre todo, si la muerte no se produce en respuesta a la solicitud de quien fallece. Es importante mencionar que la eutanasia es una acción excepcional que se considera una vez que se han agotado todas las formas posibles de ayuda para evitar el sufrimiento del enfermo.

Suicidio médicamente asistido

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

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

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

Se realiza en diferentes tipos de pacientes: neonatos con graves enfermedades y discapacidades al nacer y pacientes que en algún momento expresaron su deseo de que se les aplicara la eutanasia y en las etapas finales de su enfermedad ya no pueden comunicarse por las condiciones médicas que presentan -por ejemplo, sangrado y asfixia o neumonía y septicemia-. Esta acción resulta muy controvertida ya que falta el principal elemento por el cual se ha considerado la eutanasia una práctica éticamente aceptable: la autonomía de la persona para decidir el final de su vida.

La cuestión es que, por diferentes causas, en la práctica médica se dan situaciones en que una persona está incapacitada para expresar su voluntad, pero existen elementos para saber o suponer que, si pudiera expresarla, pediría la terminación

de su vida. El caso de los bebés es aún más especial porque éstos no pueden expresar su voluntad y son los padres quienes toman las decisiones por ellos. El punto a discutir es si, en todas esas situaciones es preferible actuar y acelerar la muerte del paciente o no actuar en ese sentido. Lo que no debe perderse de vista es que en la terminación de la vida sin solicitud expresa, la decisión se toma apoyándose en lo que sería la voluntad del paciente si pudiera expresarla, lo cual es muy diferente a decidir una terminación de la vida en contra o sin tomar en cuenta la voluntad de alguien que sí puede expresarla.

Muerte médicamente asistida

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

Eutanasia pasiva y eutanasia activa

Esta clasificación ha sido ampliamente utilizada y, por eso, vale la pena revisarla, aun cuando en la literatura bioética tiende a desaparecer. La eutanasia pasiva se refiere a la muerte que se produce como efecto de la omisión o suspensión de acciones médicas que permitirían preservar la vida. Desde hace unos años, en la literatura bioética esta acción se conoce como “limitación del esfuerzo terapéutico”. La eutanasia activa es la acción que pone fin a la vida del paciente por medio de una intervención encaminada a procurar la muerte, como es la administración de una droga.

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

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

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

Cuidados paliativos

Tienen como objetivo apoyar y cuidar a los pacientes en las últimas fases de su enfermedad para que vivan tan plena y confortablemente como sea posible y encuentren la muerte con dignidad. Los cuidados paliativos sustituyen a los tratamientos curativos cuando estos no ofrecen los beneficios deseados o los efectos adversos superan los beneficios. Con el fin de maximizar la calidad de vida de los pacientes, se les da una atención integral que abarca los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales. Por lo mismo, estos cuidados deben ser llevados por equipos interdisciplinarios y deben incluir a la familia. Estos cuidados pueden darse en el hospital o en el domicilio del paciente; lo importante es que se cuente con los elementos necesarios para brindarlos. De hecho, muchos pacientes eligen estar en su casa cuando saben que están viviendo la etapa final de su vida.

Eutanasia indirecta

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

En realidad, no siempre es fácil establecer el límite entre esta forma de terminación de vida y la eutanasia por el simple hecho de que no siempre se pueden distinguir

las intenciones de una determinada acción una vez que se conocen sus efectos. Es lo que sucede con la llamada sedación paliativa o sedación terminal, mediante la cual se induce al enfermo a un estado en el que pierde la conciencia y un tiempo después sobreviene la muerte.

Documento de voluntades anticipadas

Se ha impulsado el uso de este documento para encontrar solución a situaciones críticas que se presentan con cierta frecuencia en las que un paciente adulto se encuentra incapacitado para participar en las decisiones sobre el final de su vida. Mediante el documento de voluntades anticipadas, los individuos, cuando son competentes, pueden establecer su voluntad sobre los tratamientos que querrían y los que no querrían que les aplicaran en caso de encontrarse en situaciones muy críticas en las que ya no pueden expresar sus deseos y otros deben decidir por ellos.

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

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

Ortotanasia, distanasia y adistanasia

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

también generan confusión por el hecho de utilizar una nueva nomenclatura para referirse a las mismas acciones para las cuales ya existen definiciones ampliamente utilizadas. Ortotanasia se refiere a la decisión de dejar morir al enfermo sin aplicarle tratamientos que prolongarían su sufrimiento, pero brindando toda los cuidados paliativos posibles. Significa, “muerte correcta”.

Distanasia se refiere a la decisión opuesta: continuar aplicando tratamientos que sólo alargan la existencia y, por tanto, el sufrimiento. Corresponde a los que se conoce también como “encarnizamiento terapéutico” o “ensañamiento terapéutico”. La adistanasia se refiere a la decisión de suprimir la distanasia; es decir, dejar de aplicar un tratamiento que prolongue inútilmente la vida del paciente, lo que sería equivalente a la eutanasia pasiva.

Algunas consideraciones importantes

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

En los lugares en que se permite legalmente la eutanasia los médicos nunca están obligados a aplicarla si consideran que tal acción va en contra de sus valores. Por esta razón, es importante que un paciente que está considerando la posibilidad de pedir la eutanasia a su médico se lo comunique con anticipación. Así, en caso de que éste la considere una práctica contraria a sus valores, podrá ponerlo en contacto con un colega que esté de acuerdo en dar al paciente la ayuda que desea. Por otra parte, es importante señalar que los mismos médicos que están dispuestos a responder a un pedido de eutanasia deben asegurarse, en cada caso particular, que el pedido del paciente está justificado. No podrán responder al pedido si consideran que no se cumplen los criterios establecidos legalmente para permitir la eutanasia -si, por ejemplo, el médico duda que el pedido del paciente es realmente libre o si considera que aún existen alternativas para aliviar su sufrimiento-.

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

EUTANASIA (2)

CONCLUSIONES ACERCA DEL ARTICULO ORIGINAL (EUTANASIA)

A manera de comparación, la eutanasia es el siguiente escalón cuando se habla de fallo al tratamiento médico máximo adecuado y que para el paciente la sedación paliativa no es una opción, por supuesto esto en el contexto de países donde dicho procedimiento está permitido, porque en México, aunque existen consensos de bioética que han discutido este tema, no hay una ley que lo abale.

Es importante retomar este tema desde sus raíces, la eutanasia está considerada como una categoría dentro de otra más grande llamado Suicidio Medicamento Asistido, en el cual se ven reflejados otros tipos de procedimientos que se diferencian de la eutanasia, pero que, sin embargo, tienen como fin único ponerle alto al sufrimiento del enfermo. Para que la eutanasia sea llevada a cabo, se nos expresa claramente que esta debe de ser realizada por un médico y mediante el expreso consentimiento del paciente, así como que debe de considerarse que este esté sometido bajo un gran sufrimiento físico, es decir que no se le puede otorgar la eutanasia a cualquier paciente que aun tenga métodos alternativos de tratamiento o que no se encuentre bajo profundo sufrimiento físico. Caso contrario que es importante mencionar y no confundir, el otorgarle medicamentos al paciente para que el mismo realice el proceso de una muerte digna, se incluye aun dentro de las categorías de Suicidio Médico Asistido, pero ya no es considerada una eutanasia, debido a que el proceso que de fin a la vida no será llevado totalmente por el médico, sino que este le proporcionara los medios al paciente pero no será el medico quien los ejecute.

Es importante denotar que la eutanasia puede clasificarse como activa o pasiva, siendo la activa cuando se le administrara el paciente una dosis letal de medicamentos para producir su muerte de forma digna e indolora y la pasiva, que es cuando el paciente está siendo sometido a medicamentos o equipos médicos que hacen que se mantenga con vida y cuando estos son retirados (como cuando dejamos de suministra medicamentos vasopresores al paciente en choque, por ejemplo), este morirá. Este punto cobra importante relevancia, sobre todo al hablar de la eutanasia pasiva pues, debemos de tomar en cuenta que para esto ocurra y que para que al paciente le sea retirado algún equipo médico o medicamento que lo mantenga con vida y sea considerado una eutanasia, el paciente debe expresamente dar a conocer su voluntad y que este así lo desea, y no sea solo el medico por su criterio quien sea el encargado por si solo de retirar dicha medicación o equipo terapéutico.

La eutanasia, a comparación de la sedación paliativa, la cual como se mencionó con anterioridad, pasará eventualmente a causar la muerte del paciente, la eutanasia la producirá inmediatamente; y no se debe de olvidar un punto de enrome

relevancia legal, que tanto para la sedación paliativa como para la eutanasia, la decisión de aceptar el procedimiento deberá no solo ser expresado oralmente, si no que se deberá realiza un documento escrito médico legal donde no solo el paciente decidirá por su vida, sino también exentará al médico que realice la práctica de problemas legales.

La eutanasia es un tema en nuestro país continúa siendo un tema controversial y que social, política, religiosa y hasta bioéticamente no es tomado como ley y puede considerarse aun controversial. La eutanasia llega a ser controversial no solo para familiares ni paciente, también lo es para el medico que la realizará, pues se habla de ponerle fin a la vida de un paciente bajo sus propias manos, incluso otras formas de Suicidio Medicamento Asistidos resultan controversiales, al pensar que se le enseñará al paciente o se tomaran acciones para quitarle la vida al paciente indolora y pacíficamente.

BIBLIOGRAFÍA

- *Guía de Sedación Paliativa*. Organización Médica Colegial (OMC), Sociedad Española De Cuidados Paliativos (2011).

- *Eutanasia. Algunos Elementos para el Debate*. Comisión Nacional de Bioética (Órgano Descentralizado de la Secretaría de Salud). (2007)