



**Universidad Del Sureste
Campus Comitán**

Licenciatura en Medicina Humana



Tema:

Resúmenes sobre “sedación paliativa y eutanasia”

Alumna:

Anzuetto Aguilar Mónica Monserrat.

Grupo: A

Grado: 6°

Materia:

“Medicina Paliativa”

Docente:

Dr. Agenor Abarca Espinoza

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

Sedación paliativa en enfermedad terminal

Palliative sedation in terminal disease

RESUMEN

Algunos pacientes con enfermedad terminal que están cerca del final de la vida pueden experimentar un sufrimiento intolerable dado por síntomas refractarios a las terapias paliativas específicas. La Sedación Paliativa (SP) se considera una modalidad de tratamiento eficaz para el manejo de estos síntomas refractarios cuando los esfuerzos agresivos no proporcionan alivio. La SP consiste en el uso de medicamentos que inducen sedación y disminución del nivel de conciencia con el objetivo de aliviar el sufrimiento intolerable en los últimos días de la vida. Los síntomas físicos refractarios más frecuentes son el dolor, delirium y disnea, sin embargo, la SP también se indica para tratar el sufrimiento existencial o la angustia psicológica, que es un problema extremadamente difícil y delicado. La SP ha sido ampliamente debatida por las obvias implicaciones éticas, socioculturales y de toma de decisiones. Se ha reportado que la SP se administra en una proporción que va del 2% al 52% de los pacientes con enfermedades terminales. Los estudios han sugerido que la SP es exitosa en el manejo de los síntomas intratables al final de la vida, no genera efectos perjudiciales sobre la supervivencia y es satisfactoria para los familiares.

Palabras clave: sedación; final de la vida; cuidados paliativos; síntomas refractarios; enfermedad terminal; sufrimiento

ABSTRACT

Palliative sedation (PS) is frequently applied in some patients with terminal illness, who are near the end of life, to ameliorate unendurable and refractory distress; it is considered an effective treatment modality for the management of refractory symptoms when aggressive efforts do not provide relief. PS consists of the use of medications that induce sedation and decrease the level of consciousness with the aim of relieving intolerable suffering in the last days of life. The most frequent physical refractory symptoms are pain, delirium, and dyspnea, but PS is also indicated to treat existential suffering or psychological distress, which is an extremely difficult and delicate problem. PS has been widely debated given its obvious ethical, sociocultural, and decision-making implications. It has been reported that PS is given to 2-52% of patients with terminal illness; studies have suggested that PS is successful in managing intractable symptoms at the end of life, satisfactory for family members, and does not have detrimental effects on survival.

Keywords: sedation; end of life; palliative care; refractory symptoms; terminal illness; suffering.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes que padecen una enfermedad terminal presentan frecuentemente síntomas graves durante la última fase de sus vidas ¹. En la mayoría de los casos, estos

síntomas pueden controlarse con éxito; sin embargo, en algunos pacientes los síntomas siguen siendo incontrolables a pesar de los múltiples esfuerzos por parte del equipo médico para paliarlos, convirtiéndose en los denominados "síntomas refractarios", los cuales pueden ser físicos o psicoexistenciales ^{1,2}. Los síntomas refractarios tienen un efecto negativo que impacta directamente en el funcionamiento y en el bienestar del paciente, aumentan a medida que el paciente se acerca al final de la vida e interfieren con un proceso de muerte pacífica ¹.

El concepto de "Sedación Terminal" fue introducido por primera vez en la literatura sobre cuidados paliativos por Enck ³ en 1991; este término se consideró confuso e inapropiado dado que implicaba que el objetivo era acortar la vida, por lo que actualmente se utiliza el término "Sedación Paliativa" ⁴, la cual consiste en el uso de medicamentos sedantes con el objetivo de aliviar los síntomas intolerables y refractarios por medio de la reducción del nivel de la consciencia, sin afectar la supervivencia del paciente ². La SP se reserva como último recurso en el tratamiento de síntomas refractarios en los pacientes con enfermedades oncológicas y enfermedades crónicas avanzadas en situación del fin de la vida, cuando la muerte es anticipada o inminente ^{1,4}. La sedación al final de la vida tiene implicaciones no solamente médicas, sino psicosociales, legales y éticas que deben ser tomadas en consideración antes de su aplicación ^{4,5}.

En el contexto latinoamericano, un estudio descriptivo y retrospectivo de 274 pacientes realizado en Uruguay por Santos et al. en 2009, reportó una prevalencia de uso de SP del 23,5% ^{6,7}; los motivos de sedación fueron: delirio (60,3%), dolor (44,8%), disnea (17,2%), convulsiones (3,4%) y vómito (1,7%); en la mayoría de los países de la región los estudios para determinar el uso de SP son escasos ⁶.

En Colombia se destaca el trabajo de Parra et al. en 2018, un estudio descriptivo prospectivo que incluyó 66 pacientes con cáncer avanzado, el cual reporta una prevalencia de SP del 2%; las principales indicaciones de sedación fueron: disnea (59%), delirium (45%) y dolor (32%); tanto las características de la población, como indicaciones, forma de uso y resultados del tratamiento son consistentes con los resultados de otras poblaciones. Sin embargo, llama la atención la baja prevalencia de SP en pacientes con enfermedad oncológica en comparación con otros informes; una de las posibles razones expuestas por Parra et al. incluyen el moderado desarrollo de cuidados paliativos en nuestro país, así como los conceptos erróneos sobre la SP⁸.

El objetivo de este artículo es proporcionar una revisión de la literatura a manera de estado del arte, dirigida a personal médico no perteneciente a cuidados paliativos, con el fin de ampliar conocimientos y aclarar conceptos erróneos sobre la SP en pacientes con enfermedades terminales cercanas al final de la vida. Se enfatiza en definiciones, indicaciones y fármacos utilizados en SP, así como las consideraciones a tener en cuenta en el abordaje y comunicación, tanto con el paciente como con sus familiares, aspectos relacionados con el impacto de la SP en la supervivencia, aspectos legales y éticos, así como el mantenimiento de nutrición y/o hidratación en el escenario del paciente en etapa final de la vida.

METODOLOGÍA

Para la presente revisión, se realizó la búsqueda sistemática de artículos en base PUBMED y ScienceDirect, utilizando los términos MESH: "sedation" AND "end of life"; "palliative care" AND "refractory symptoms" AND "terminal illness" AND "suffering". Búsqueda en base LILACS con términos DECS: "sedación" y "fin de vida"; "cuidados paliativos" y "síntomas refractarios" y "enfermedad terminal" y "sufrimiento". Se incluyeron fuentes primarias y secundarias que cumplieran los filtros de búsqueda: disponibles en texto completo y escritos en español o inglés. La selección fue realizada de manera independiente por 2 autores. Se filtraron por los criterios de búsqueda un total de 62 publicaciones, de las cuales se realizó una selección manual de 51 que cumplieran con los criterios de inclusión; las 11 publicaciones restantes fueron excluidas debido a que el tema no se relacionaba con la presente revisión.

Definición

La Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC, por sus siglas en inglés) define la SP como:

"El uso monitoreado de medicamentos destinados a inducir un estado de conciencia disminuida o ausente (inconsciencia) para aliviar la carga de sufrimiento que de otro modo sería intratable de una manera ética aceptable para el paciente, la familia y los profesionales de la atención médica" [9](#).

Otra definición para mencionar es la de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) [10](#), la cual describe la SP como la "administración de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios" [10](#).

La SP se lleva a cabo mediante la administración de medicamentos sedantes en entornos supervisados; tiene como objetivo inducir un estado de disminución de la conciencia o ausencia de conciencia (inconsciencia), y su intención es aliviar la carga del sufrimiento intolerable para los pacientes con enfermedades terminales [11](#).

La SP se debe diferenciar de la eutanasia. Según la EAPC, en la sedación paliativa el objetivo es aliviar el sufrimiento usando fármacos sedativos titulados y de manera proporcionada con la intención de controlar los síntomas [1.12](#). En la eutanasia, la intención es poner fin a la vida del paciente administrándole un fármaco a dosis letales [12](#). Eso significa que la SP, correctamente indicada en la dosis y vía adecuada, no es un "atajo" para llegar al mismo objetivo de la eutanasia [1](#). No existe evidencia de que la SP administrada correctamente acorte la vida de los pacientes [11.13](#).

En la SP se consideran una serie de parámetros específicos, incluido el pronóstico a corto plazo, la proporcionalidad de la intervención, la efectividad de la sedación a través de una monitorización adecuada y la refractariedad de los síntomas [14](#); no es una intervención fija sino un proceso dinámico que puede adaptarse a las necesidades del paciente [14](#).

Síntomas refractarios

El término "refractario" hace referencia a los síntomas que no se pueden controlar adecuadamente a pesar de los esfuerzos agresivos para identificar una terapia tolerable que no comprometa la conciencia [15](#). El dolor, la disnea, el delirium hiperactivo, el vómito y la angustia psicológica se encuentran entre los síntomas refractarios más comunes de los pacientes con cáncer que se acercan al final de la vida [16,17](#).

Los criterios diagnósticos para considerar que un síntoma es refractario incluyen una percepción médica de que las intervenciones invasivas y no invasivas son: (i) incapaces de proporcionar un alivio adecuado, o (ii) están asociadas con una morbilidad aguda, crónica excesiva o intolerable, o (iii) es poco probable que proporcionen alivio dentro de un plazo tolerable [15](#).

Epidemiología

Aunque la sedación paliativa no es un procedimiento fácilmente medible, en parte debido a las inconsistencias con respecto a su definición y a las diferencias en la selección de la población de estudio, su uso se está generalizando [18,19](#). Los datos de la literatura muestran que la práctica de la sedación paliativa está aumentando en hospitales, hogares geriátricos, hospicios y en el entorno de atención domiciliaria, con una incidencia general de uso en un 4% a 36% de todas las muertes [15,19](#). La prevalencia citada para los síntomas refractarios en pacientes con enfermedades terminales que necesitan sedación se sitúa entre 10% y 50%, con una estimación media de 20% a 30% [16,20](#). Los números de prevalencia más altos tienden a provenir de estudios en los Países Bajos [16](#).

En una revisión sistemática de la literatura de 2012 -sobre la sedación paliativa utilizada en pacientes con cáncer terminal durante un período de 30 años-, la población en estudio fue de 774 pacientes, quienes recibieron sedación paliativa para tratamiento de: delirium 54%, para disnea 30%, para el dolor 17% y para vómito refractario 5% [17,21,22](#). En la misma revisión, el 19% de los pacientes recibió sedación paliativa para manejo del sufrimiento existencial y angustia psicológica [21,23](#).

Indicaciones de Sedación Paliativa

La sedación paliativa está indicada tanto en adultos como en niños, con enfermedad incurable avanzada terminal para aliviar los síntomas graves que son refractarios a otras formas de tratamiento [15,24](#). Se utiliza más comúnmente para el tratamiento del dolor, disnea, delirium hiperactivo, vómito y convulsiones [24](#). Sin embargo, el uso de sedación paliativa también se ha indicado para el tratamiento de síntomas no físicos (por ejemplo, ansiedad, desesperanza, miedo) o sufrimiento existencial, caracterizado por sentimientos de impotencia, desesperanza y miedo a la muerte [17,19,25](#). Lo anterior es ampliamente controvertido debido a que el sufrimiento existencial no está universalmente definido o claramente entendido, es difícil para los profesionales de la salud evaluar su naturaleza intratable y brindarle un tratamiento adecuado; por lo tanto, se debe tener extrema precaución antes de considerar la SP, especialmente la sedación continua y profunda, como un tratamiento viable en este contexto [17,6](#). Si se solicita o se considera la posibilidad de SP para un paciente con sufrimiento existencial refractario, es importante revisar las posiciones actualizadas por expertos del tema,

tener una política institucional clara y buscar la orientación de un comité de ética antes de considerar seriamente esta propuesta [17,26](#).

Los criterios del paciente para indicar la pertinencia de SP incluyen: enfermedad terminal (esperanza de vida <6 meses), muerte inminente (horas a días, máximo 2 semanas) (ver [Tabla 1](#)), presencia de al menos un síntoma refractario, sufrimiento intolerable (sufrimiento existencial), y contar con el consentimiento del paciente o de su acudiente (si el paciente no tiene la capacidad de tomar decisiones) [16](#).

En algunos casos, se ha descrito iniciar una sedación intermitente o leve que permita retener capacidad de respuesta a estímulos verbales con un alivio adecuado de síntomas sin pérdida total de la conciencia y de función interactiva [15,9](#).

Tipos de sedación paliativa

La SP puede variar en función de la profundidad y continuidad de la sedación [27](#). Se puede dividir en sedación continua e intermitente. Aunque la SP generalmente se refiere a la sedación continua de un paciente hasta la muerte, la sedación intermitente puede considerarse en casos seleccionados [17,18,22](#) ([Tabla 2](#)). La National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO), recomienda que la sedación se controle cuidadosamente y se valore proporcionalmente, de modo que el grado de sedación sea el mínimo requerido para que el paciente pueda tolerar la angustia de los síntomas [28](#).

La sedación intermitente se puede realizar de manera temprana en la trayectoria de la enfermedad del paciente, para proporcionar un alivio temporal hasta que se obtenga el beneficio esperado de otros enfoques terapéuticos [17,29](#). La sedación profunda continua solo debe considerarse si el paciente se encuentra en la etapa final de su enfermedad, presenta un sufrimiento grave e intratable, con una expectativa de vida de horas o días como máximo [17,30](#).

CONSIDERACIONES PREVIAS

a. Evaluación del paciente:

Según las recomendaciones de la European Society for Medical Oncology (ESMO) [15](#), los pacientes con enfermedades terminales que sufren angustia severa deben ser evaluados con urgencia, preferiblemente por un médico con experiencia específica en cuidados paliativos [15](#). Esta evaluación tiene como objetivo determinar si los factores reversibles o tratables pueden estar jugando un papel en el deterioro o angustia grave del paciente; por ejemplo, obstrucción intestinal aguda, presión intracraneal elevada o una infección pulmonar no diagnosticada previamente [15](#). En general, si se está considerando la sedación paliativa, se debe realizar una revisión del caso por parte de un equipo multidisciplinario (por ejemplo, que involucre un equipo de cuidados paliativos, psiquiatras, psicólogos o especialistas en dolor) para garantizar que se hayan proporcionado todos los demás tratamientos razonables, y que la SP cumple con los objetivos de alivio de síntomas refractarios del paciente. En caso de no contar con estos especialistas, se recomienda la consulta telefónica con expertos en medicina paliativa [15](#).

b. Comunicación clara con el paciente que se acerca al fin de la vida:

Los especialistas tratantes por lo general requieren entablar conversaciones repetidas y emocionalmente desafiantes con los pacientes y sus familias [15](#). Este es uno de los aspectos más difíciles del papel de los equipos médicos. Los pacientes están lidiando con el impacto emocional de la enfermedad que amenaza la vida, a menudo con decisiones complejas de tratamiento y una probabilidad limitada de beneficio, mientras que al mismo tiempo intentan mantener un equilibrio de esperanza con objetivos realistas y alcanzables [15,31](#). Las interacciones ocurren en el contexto de las preferencias del paciente, la familia y la cultura, lo cual influye profundamente en las discusiones [27](#). Durante estas conversaciones se debe tener en cuenta la cantidad de información que desean conocer los pacientes, cómo quieren recibir esa información y en última instancia, cómo tomar decisiones con respecto a su atención médica; lo anterior tiene gran impacto en el bienestar emocional del paciente y su familia [15,31](#).

c. Consentimiento:

La SP, como maniobra terapéutica, precisa el consentimiento por parte del paciente o de la familia. La discusión de esta opción terapéutica debe incluir una revisión de los objetivos, beneficios y riesgos de la SP, así como las alternativas de tratamiento [15](#). El paciente debe poder decidir de acuerdo con sus propios valores y prioridades, lo cual se logra como resultado de un proceso de diálogo y colaboración en el que se deben tener en cuenta sus creencias, deseos y preferencias [27,32](#). Si el paciente lo permite, se recomienda llevar a cabo esta discusión con la participación de familiares significativos; este enfoque maximiza la comunicación y a menudo facilita discusiones importantes entre los pacientes y sus familias mientras la oportunidad aún existe [15,27](#).

La autonomía del paciente debe respetarse siempre que sea posible, al igual que la toma de decisiones por parte de los familiares legales o sustitutos encargados en caso de que el paciente no pueda participar en la discusión o elija no hacerlo [14,15,25](#). La decisión puede ser tomada por el paciente, por los familiares o acudientes encargados, y de forma compartida con los profesionales sanitarios [17](#). Numerosos estudios muestran que la toma de decisiones compartida mejora la satisfacción del paciente, el cumplimiento terapéutico, los resultados y costes sanitarios [32,33](#). No es necesario que este consentimiento se formalice por escrito, pero sí debe quedar anotado en la historia clínica o, en su caso, en los documentos oficiales para tal fin, como el registro de voluntades anticipadas [32,33](#).

d. Comunicación con miembros de la familia:

En situaciones en las que los miembros de la familia no formaron parte del proceso de consentimiento, se debe buscar el asentimiento del paciente para comunicar la decisión con sus familiares [9](#). Con el asentimiento del paciente, se debe mantener una comunicación clara, asertiva y constante con su familia, con el fin de informarle sobre su condición, evolución, las opciones de tratamiento disponibles, los posibles resultados y consecuencias de la preferencia expresada por el paciente [9,15](#). En el caso poco frecuente de que los pacientes no permitan la discusión con sus familias, se deben explorar los motivos y buscar alentarlos a reconsiderar esta decisión. En

algunos casos, esto puede incluir la necesidad de asesorarlos sobre la posible angustia que la ausencia de información puede causar a los miembros de la familia ¹⁵.

Medicamentos utilizados para Sedación Paliativa

Los medicamentos más utilizados son las benzodiazepinas de vida media corta y rápido inicio de acción como el midazolam ^{2,15,27}. Los barbitúricos, como el fenobarbital, y otros medicamentos sedantes, como el propofol, se usan ocasionalmente ^{2,15,34} ([Tabla 3](#)). Los neurolépticos pueden ser efectivos cuando el paciente manifiesta signos y síntomas de delirium, en el cual la administración de opioides o benzodiazepinas como tratamiento inicial puede empeorar el síntoma ^{1,15}. Por lo general, se administra una dosis inicial en bolo seguida de una infusión continua; el bolo inicial y la infusión continua deben ser la dosis más baja posible para inducir la sedación ^{15,27}. La dosis inicial en bolo depende del uso actual de sedantes por parte del paciente. En la [Tabla 3](#) se describen las dosis indicadas para pacientes sin tratamiento previo con los medicamentos mencionados ^{15,16,17}.

Dependiendo de las conversaciones previas con el paciente y la familia, con respecto a los objetivos del tratamiento, la profundidad de la sedación puede variar ¹⁵. Dado que la intención es controlar los síntomas induciendo una disminución del estado de conciencia, se inicia la infusión y luego se ajusta a un punto en el que el paciente se encuentre tranquilo y con los síntomas controlados ^{15,17}.

Monitorización

La SP debe ser ajustada según datos subjetivos y objetivos, como signos vitales, laboratorios, el uso de escalas como la Escala de Sedación de Agitación de Richmond (RASS) y la Escala de Sedación Ramsay (RSS) ³⁵. La monitorización del nivel de conciencia y la respuesta a estímulos juega un papel importante para definir y dirigir una administración adecuada de medicamentos. La RSS es uno de los instrumentos clínicos más usados para la monitorización de la sedación en el contexto de la SP ³⁶.

Los aspectos que se deben monitorizar en la sedación paliativa son el alivio del sufrimiento, el nivel de conciencia (profundidad de la sedación) y los efectos secundarios de la sedación ¹⁴. La RASS ([Tabla 4](#)) es la herramienta más ampliamente validada y fácil de usar; por ejemplo, en la sedación profunda -para manejar adecuadamente los síntomas- el objetivo es mantener un nivel de sedación según RASS de -4 a -5 puntos ^{2,37}.

Una vez que se ha logrado un alivio adecuado de los síntomas, la situación clínica determina los parámetros para la monitorización del paciente y el papel de la titulación de las dosis adicionales ¹⁵.

- a. Paciente con inminencia de muerte: no se realiza un monitoreo de rutina de los signos vitales; los únicos parámetros críticos para la observación continua son los relacionados con la comodidad, para lo cual es importante una evaluación de signos relevantes para pacientes con incapacidad de comunicarse, como son: el aspecto general del paciente, si tiene un aspecto relajado o por el contrario el ceño fruncido o mandíbula apretada, agitación, tono muscular,

vocalización (por ejemplo, la presencia de quejidos) y por último, el consuelo, evaluar si hay dificultad para confortar a través de contacto físico o con palabras [15](#). En la mayoría de los casos, no se recomienda disminuir las dosis del fármaco sedante dado que pone al paciente en riesgo de angustia recurrente. La frecuencia respiratoria se controla principalmente para evaluar patrones respiratorios que permitan simplemente el seguimiento de la evolución y determinar signos premortem. Se espera un deterioro gradual de la respiración a medida que los pacientes están cerca de la muerte y esto por sí solo no debería constituir una razón para disminuir la sedación [15.9](#).

- b. Paciente sin inminencia de muerte: se puede realizar un monitoreo para preservar la estabilidad fisiológica [15](#). Esto puede incluir la evaluación repetida del nivel de sedación y los parámetros fisiológicos de rutina, como la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la saturación de oxígeno. Si se produce un riesgo de muerte con depresión respiratoria, se puede requerir una disminución de la dosis. En algunos casos particulares, en que los pacientes se tornan más inestables, podría ser apropiada la administración cuidadosa de un antagonista de las benzodiacepinas (flumazenil) [15.9](#).

Duración

Una vez se determina el comienzo del proceso de SP, se informa que las duraciones desde la sedación hasta la muerte oscilan entre 0,8 y 2,7 días [38,39](#). Es muy importante tener en cuenta que este tratamiento no está destinado a reducir la esperanza de vida del paciente y que el inicio del tratamiento no tiene impacto en el tiempo de sobrevivencia del paciente, ya que el tratamiento solo está destinado a aliviar los síntomas [40](#).

Impacto en la supervivencia

Los datos limitados muestran que ni la administración de sedación paliativa ni el grado de sedación aceleran la muerte en pacientes con enfermedades terminales [13,15,16](#). En una revisión sistemática de estudios observacionales realizada por Maltoni et al. en 2012, en la cual se incluyeron más de 1.000 pacientes, 34% de ellos se sometieron a sedación, se evaluó el impacto de la sedación en la supervivencia de los pacientes con enfermedades terminales y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia general entre los pacientes de hospicio a los cuales se les inició sedación (mediana, 7-36 días) y los que no (mediana, 4-40 días) [38](#).

En un estudio de cohorte prospectivo, realizado por Mercadante et al. (2009), en pacientes en fin de la vida ingresados a una unidad de cuidados paliativos y de alivio del dolor agudo dentro de un centro oncológico, se ingresaron 77 pacientes de los cuales a 42 se les inició SP principalmente por disnea y/o delirium refractario; se encontró una duración media de sedación de 22 horas (2-160 horas), y adicionalmente, una supervivencia mayor en los pacientes que recibieron SP (P = 0,003) en comparación con los pacientes no sedados (6,6 vs 3,3 días, respectivamente) [41](#).

La ausencia de un impacto en la supervivencia refuta los análisis conceptuales que tienden a equiparar la sedación paliativa con la eutanasia u otras decisiones al final de la vida que aceleran la muerte [19,38](#).

Aspectos legales y éticos

La SP no pretende ser un medio para acelerar la muerte del paciente [9.15](#). Los médicos involucrados en el cuidado paliativo de los pacientes, especialmente aquellos que usan SP, deben ser conscientes de la posibilidad de daño por el uso abusivo, nocivo o no calificado de sedación [9.15](#). El daño potencial puede ocasionarse por el uso deliberado de sedación profunda en pacientes que no tienen síntomas refractarios, o por el uso intencional de dosis que superan con creces lo necesario para proporcionar el confort adecuado [15](#). Siguen existiendo cuestiones éticas que rodean ciertos aspectos de la SP, incluso cuando es aceptada y se practica ampliamente en muchos países del mundo [17.42](#).

a) Proporcionalidad, eutanasia y principio del doble efecto:

El *principio de proporcionalidad* se utiliza para argumentar que los beneficios de cualquier intervención deben superar sus riesgos [28.43](#). La proporcionalidad guía la relación dosis respuesta en la prescripción de medicamentos; los pacientes necesitan suficiente medicación para lograr el efecto deseado, pero no tanto como para provocar efectos secundarios adversos significativos [28.43](#). La SP generalmente se inicia con un enfoque proporcional que utiliza la menor cantidad de sedación necesaria para aliviar el sufrimiento intratable y sólo se inicia después de una deliberación cuidadosa por parte del equipo tratante [17.28,42](#).

Como se mencionó previamente, el objetivo de la SP es proporcionar alivio de los síntomas que de otro modo serían intolerables e intratables [28](#); su objetivo nunca es acelerar la muerte de un paciente, lo que contrasta con la eutanasia, en la cual se busca, previa solicitud del paciente, poner fin a su vida por medio de la administración de un agente letal, con la intención de aliviar el sufrimiento intolerable [28.43,44](#).

Muchos autores han justificado éticamente la utilización de sedación paliativa en pacientes terminales, aunque con ello existiera la posibilidad de acortar la vida de la persona, invocando para ello el principio de doble efecto (PDE), el cual exige el cumplimiento concomitante de algunas condiciones para que una acción que tiene efectos buenos y malos sea moralmente permitida [11](#).

Las condiciones para la aplicación correcta del PDE son [11.45](#):

- La acción misma debe estar moralmente permitida.
- La intención es buscar el efecto bueno.
- Existe una proporción o equilibrio entre los dos efectos, el bueno y el malo.
- El efecto deseado y bueno debe producirse en forma anterior al malo.

Nutrición e hidratación

Iniciar la sedación paliativa no significa automáticamente que la nutrición e hidratación artificial (NHA) deban interrumpirse. La continuación o interrupción de la NHA, y la necesidad de comenzar la sedación paliativa implica dos procesos separados de toma de decisiones [14.15](#). Las decisiones a favor o en contra de la NHA por lo general se basan en el análisis riesgo/beneficio estimado en el contexto de cada paciente; además,

dependen del entorno de atención (hospital, hospicio, domicilio), y si es posible, se debe tener en cuenta el deseo expreso del paciente [23,46](#). Las opiniones y prácticas varían, lo cual refleja la heterogeneidad de actitudes de los médicos, especialistas en ética, pacientes, familias y normas locales de buena práctica clínica y ética involucrados [15](#).

El impacto de diferentes dosis de hidratación parenteral en pacientes con cáncer al final de la vida no se demostró claramente en un ensayo clínico aleatorizado realizado por Bruera et al. [24](#). Los autores, sin embargo, plantearon la hipótesis de una serie de deficiencias que pueden haber limitado el poder de su estudio, concluyendo que se necesita más investigación en esta área [20,24](#). Sin embargo, alrededor del 87% de los pacientes conscientes con cáncer, informan sed y boca seca en la última semana de vida; es posible que los pacientes sedados que no pueden beber puedan sufrir sed o empeoramiento de los síntomas del sistema nervioso central (delirio, confusión, inquietud) sin poder comunicar su angustia [15,27](#). Por el contrario, el exceso de hidratación puede causar síntomas relacionados con sobrecarga hídrica [38](#).

En una revisión sistemática de la literatura sobre el uso de NHA en los últimos días de vida de pacientes oncológicos -realizada por Raijmakers et al. (2011) [46](#) y donde se incluyeron 15 artículos-, reportan una frecuencia de pacientes que recibieron nutrición e hidratación artificial que varía del 3% al 53% y del 12% al 88%, respectivamente. "En esta revisión sistemática, Raijmakers y colaboradores incluyen cinco estudios que informaron sobre los efectos de la hidratación artificial: dos encontraron efectos positivos (menos náuseas crónicas, menos signos de deshidratación física), dos encontraron efectos negativos (más ascitis, más secreciones intestinales) y cuatro no encontraron efectos sobre el delirium terminal, sed, náuseas crónicas o sobrecarga hídrica. Ningún estudio informó efectos sobre continuar o retirar la nutrición artificial en los últimos días de vida [46](#).

La nutrición artificial puede proporcionar un beneficio psicológico a las familias, aliviando su temor de que el paciente "muera de hambre"; sin embargo, esta decisión sigue siendo de los clínicos, teniendo en cuenta que se considera una práctica ineficaz en la etapa terminal de la enfermedad [47,48](#). En caso de presentarse aspectos de impacto emocional en los familiares o cuidadores, estos deben ser trabajados a través de un equipo interdisciplinario y el apropiado proceso de comunicación familia-equipo de salud sobre los riesgos y la futilidad de las intervenciones según sea el caso.

La NHA en pacientes al final de la vida es una práctica frecuente y la controversia en torno a estas intervenciones es compleja; sin embargo, la mayoría de autores están de acuerdo en que su continuación o interrupción depende de la situación particular del paciente y como se mencionó, es una decisión que debe tomarse independientemente de la elección de iniciar la sedación paliativa [49,50,51](#). Los efectos sobre la comodidad, los síntomas y la duración de la supervivencia parecen limitados. Se requiere investigación adicional que permita contribuir a una mejor comprensión de este importante tema en la atención al final de la vida [46](#).

CONCLUSIONES

La SP se ha convertido en una práctica clínica que tiene como objetivo aliviar los síntomas refractarios al final de la vida, principalmente síntomas físicos como el dolor, la disnea, el delirium y el vómito. La SP no tiene la intención de acelerar el proceso de muerte, y la evidencia sugiere que si se realiza de manera correcta y proporcional, no tiene un impacto perjudicial en la supervivencia. Las benzodiacepinas, en particular el midazolam, son la primera opción de medicamentos para este tipo de sedación.

El proceso de toma de decisiones para iniciar la SP es complejo y debe involucrar al equipo de atención médica, los pacientes, sus familiares y seres queridos. La SP proporcional es una intervención médica universalmente aceptada, que difiere de la eutanasia en términos de intención, procedimiento y resultados. Debido a que la sedación disminuye la capacidad de interactuar, debe usarse con prudencia y son necesarias indicaciones claras, individualizadas y pautas de uso para evitar el abuso de este enfoque, lo cual puede tener consecuencias clínicas y éticas adversas para el personal sanitario, y en especial para los médicos de cuidados paliativos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Claessens P, Menten J, Schotsmans P, Broeckeaert B. Palliative Sedation: A Review of the Research Literature. *J Pain Symptom Manage.* 2008;36(3):310-33. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsvmman.2007.10.004> [Links]
2. Bodnar J, Bodnar J. A Review of Agents for Palliative Sedation/Continuous Deep Sedation: Pharmacology and Practical Applications A Review of Agents for Palliative Sedation / Continuous Deep Sedation : Pharmacology and Practical Applications. *J Pain Palliat Care Pharmacother* [Internet]. 2017;31(1):16-37. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/15360288.2017.1279502>. [Links]
3. Enck RE. Drug-induced terminal sedation for symptom control. *Am J Hosp Palliat Med.* 1991;8(5):3-5. <https://doi.org/10.1177/104990919100800501> [Links]
4. Have H, Welie JVM. Palliative Sedation Versus Euthanasia: An Ethical Assessment. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2019;47(1):123-36. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.03.008>. [Links]
5. Trota RA, Aguilar AG, Vidal PL, Flores JR, Pozo RRDEL, Aguirre YV, et al. Aspectos éticos de la sedación en Cuidados Paliativos*. 2002;9:41-6. [Links]
6. Pastrana T, De Lima L, Pons JJ, Centeno C. Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica- Edición Cartográfica 2013 [Internet]. 2013. 1-72 p. Available from: www.cuidadospaliativos.org [Links]
7. Santos D, Della Valle A, Barlocco B, Pereyra J, Bonilla D. Sedación paliativa: experiencia en una unidad de cuidados paliativos de Montevideo. *Rev Médica del Uruguay.* 2009;25(2):78-83. [Links]
8. Parra Palacio S, Giraldo Hoyos CE, Arias Rodríguez C, Mejía Arrieta D, Vargas Gómez JJ, Krikorian A. Palliative sedation in advanced cancer patients hospitalized in a

specialized palliative care unit. Support Care Cancer. 2018;26(9):3173-80. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4164-7> [Links]

9. Cherny NI, Radbruch L, Chasen M, Coyle N, Charles D, Dean M, et al. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. Palliat Med. 2009;23(7):581-93. <https://doi.org/10.1177/0269216309107024> [Links]

10. Sanchez M, Cuervo M. Guia Clinica. Sedacion del prcpex, uso y recomendaciones. Programa Reg Cuid Paliativos Extrem [Internet]. 2014;91. Available from: <http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5Cguia-de-sedacion.pdf> [Links]

11. Palliative D, Shorten S, Lives THE, Patients OF. ¿La sedación paliativa acorta la vida de los pacientes? 2017;204-18. [Links]

12. Nogueira FL, Sakata RK. Sedación Paliativa del Paciente Terminal. 2012;62:1-7. [Links]

13. Henry B. A systematic literature rewew on the ethics of palliative sedation: an update (2016). 2016;6100:201-7. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000224> [Links]

14. Maltoni M, Setola E. Palliative Sedation in Patients With Cancer. 2015;433-41. <https://doi.org/10.1177/107327481502200409> [Links]

15. Cherny NI, Guidelines E, Group W. ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. ESMO Updat Clin Pract Guidel [Internet]. 2014;25(July):iii143-52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdu238> [Links]

16. Morrison K, Youngwerth J. Palliative Sedation Therapy. Hosp Med Clin [Internet]. 2016;5(1):101-13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ehmc.2015.08.010> [Links]

17. Bobb B. A Review of Palliative Sedation. Nurs Clin NA [Internet]. 2016;51(3):449-57. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cnur.2016.05.008> [Links]

18. Muller-Busch HC, Andres I, Jehser T. Sedation in palliative care - A critical analysis of 7 years experience. BMC Palliat Care. 2003;2:1-9. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-2-2> [Links]

19. Teunissen SCCM, Wesker W, Kruitwagen C, de Haes HCJM, Voest EE, de Graeff A. Symptom Prevalence in Patients with Incurable Cancer: A Systematic Review. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2007;34(1):94-104. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.10.015> [Links]

20. Maltoni M, Scarpi E, Nanni O. Palliative sedation for intolerable suffering. 2014;389-94. <https://doi.org/10.1097/CCO.0000000000000097> [Links]

21. Mercadante S, Porzio G, Valle A, Fusco F, Aielli F, Costanzo V. Palliative sedation in patients with advanced cancer followed at home: A systematic review. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2011;41(4):754-60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.07.013> [Links]

22. Song HN, Lee US, Lee GW, Hwang IG, Kang JH, Eduardo B. Long-Term Intermittent Palliative Sedation for Refractory Symptoms at the End of Life in Two Cancer Patients. *JPalliat Med* . 2015;18(9):807-10. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0357> [Links]
23. Garetto F, Cancelli F, Rossi R, Maltoni M. Palliative Sedation for the Terminally Ill Patient. *CNS Drugs* [Internet]. 2018;(0123456789). Available from: <https://doi.org/10.1007/s40263-018-0576-7> [Links]
24. Bruera E, Hui D, Dalal S, Torres-Vigil I, Trumble J, Roosth J, et al. Parenteral hydration in patients with advanced cancer: A multicenter, double-blind, placebo-controlled randomized trial. *J Clin Oncol*. 2013;31(1):111-8. <https://doi.org/10.1200/JCO.2012.44.6518> [Links]
25. Textbook O. Palliative Nursing. *Palliat Nurs*. 2009;440-8. [Links]
26. Bruce A, Boston P. Relieving existential suffering through palliative sedation: Discussion of an uneasy practice. *J Adv Nurs*. 2011;67(12):2732-40. <https://doi.org/10.1111/1.1365-2648.2011.05711.x> [Links]
27. De Graeff A, Dean M. Palliative sedation therapy in the last weeks of life: A literature review and recommendations for standards. *JPalliat Med* . 2007;10(1):67-85. <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.0139> [Links]
28. Kirk TW, Mahon MM. National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) Position Statement and Commentary on the Use of Palliative Sedation in Imminently Dying Terminally Ill Patients. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2010;39(5):914-23. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.01.009> [Links]
29. Booker R, Bruce A. Palliative sedation and medical assistance in dying: Distinctly different or simply semantics? *Nurs Inq*. 2020;27(1):1-9. <https://doi.org/10.1111/nin.12321> [Links]
30. Statement on Palliative Sedation. *Am Acad Hosp Palliat Med* [Internet]. 2014; Available from: <http://aahpm.org/positions/palliative-sedation> [Links]
31. Back AL, Anderson WG, Bunch L, Marr LA, Wallace JA, Yang HB, et al. Communication about cancer near the end of life. *Cancer*. 2008;113(7):1897-910. <https://doi.org/10.1002/cncr.23653> [Links]
32. Carmona-espinoza F, Sánchez-prieto F. REVISTA ESPAÑOLA DE Nuestra experiencia en sedación paliativa como opción terapéutica en pacientes en situación clínica de últimos días. *Rev Española Med Leg* [Internet]. 2016;(xx):1-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reml.2015.12.001> [Links]
33. Tapiero AA. La sedación terminal. Aspectos éticos. 2003;20:645-9. [Links]
34. Sulistio M, Wojnar R, Michael NG. Propofol for palliative sedation. 2019;1-3. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-001899> [Links]
35. Deol H, Dimtri F, Minaie A, Surani S, Udeani G. Role of Ramsay Sedation Scale in Sedative Dosage Modulation for Critically-Ill Intubated Patients. *Chest* [Internet]. 2017;152(4):A330. Available from: <https://doi.org/10.1016/Lchest.2017.08.356> [Links]

36. Deol HS, Surani SR, Udeani G. Inter-rater Reliability of the Ramsay Sedation Scale for Critically-ill Intubated Patients. *Cureus*. 2019;11(10). <https://doi.org/10.7759/cureus.6021> [Links]
37. Ely EW, Truman B, Thomason JWW, Wheeler AP, Gordon S, Francis J, et al. Monitoring Sedation Status Over Time in ICU Patients. 2014;289(22):2983-91. <https://doi.org/10.1001/jama.289.22.2983> [Links]
38. 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. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.37.3795> [Links]
39. Prado BL, Bugano D, Gomes D, Luiz P, Usón S, Taranto P, et al. Continuous palliative sedation for patients with advanced cancer at a tertiary care cancer center. 2018;1-7. <https://doi.org/10.1186/s12904-017-0264-2> [Links]
40. Jansen LA. Disambiguating clinical intentions: The ethics of palliative sedation. *J Med Philos*. 2010;35(1):19-31. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhp056> [Links]
41. Mercadante S, Intravaia G, Villari P, Ferrera P, Dawd F, Casuccio A. Controlled Sedation for Refractory Symptoms in Dying Patients. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2009;37(5):771-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2008.04.020> [Links]
42. Chessa F. Ethical and Legal Considerations in End-of- Life Care. 2019;46:387-98. <https://doi.org/10.1016/Lpop.2019.05.005> [Links]
43. Berger JT. The proportionate value of proportionality in palliative sedation. *J Clin ethics*, 25(3), 219-221. 2014 [Links]
44. Beller EM, van Driel ML, Mcgregor L, Truong S, Mitchell G. Palliative pharmacological sedation for terminally ill adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2017(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010206.pub2> [Links]
45. Taboada P. Sedación paliativa (parte ii). cuestiones éticas y principios morales 1. *Acta Bioeth*. 2014;20(2):225-35. [Links]
46. Raijmakers NJH, van Zuylen L, Costantini M, Caraceni A, Clark J, Lundquist G, et al. Artificial nutrition and hydration in the last week of life in cancer patients. A systematic literature review of practices and effects. *Ann Oncol*. 2011;22(7):1478-86. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdq620>. [Links]
47. Gurschick L, Mayer DK, Hanson LC. Palliative Sedation: An Analysis of International Guidelines and Position Statements. 2015;32(6):660-71. <https://doi.org/10.1177/1049909114533002> [Links]
48. Dev R, Dalal S, Bruera E. Is there a role for parenteral nutrition or hydration at the end of life? *Curr Opin Support Palliat Care*. 2012;6(3):365-70. <https://doi.org/10.1097/SPC.0b013e328356ab4a>. [Links]
49. HPNA Position Paper: Palliative Sedation at the End of Life. *J Hosp Palliat Nurs*. 2003;5(4):235-7. [Links]

50. One W. Artificial Nutrition and Hydration in End-of-Life Care HPNA Position Paper Approved. Hosp Today. 2004;22(5):341-5. <https://doi.org/10.1097/00004045-200405000-00016> [Links]

51. Quill TE. Responding to Intractable Terminal Suffering. Ann Intern Med. 2000;133(7):561. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-133-7-200010030-00022> [Links]

Responsabilidades éticas Dada la naturaleza de este documento, no fue necesaria la aprobación ética y el consentimiento informado.

Conflicto de interés Los autores no tienen ningún conflicto de interés que declarar para este documento.

No se utilizaron fuentes de financiación en la preparación de este documento.

El presente trabajo no ha sido sometido a ninguna otra revista para su publicación, tampoco se ha presentado previamente en congresos o seminarios.

Recibido: 19 de Junio de 2020; Aprobado: 23 de Febrero de 2021; : 01 de Julio de 2021

RESUMEN

Sedación Paliativa

Para las personas que se encuentran en la fase terminal de la enfermedad es muy frecuente que presenten síntomas graves, que si bien, tratan de controlarse y disminuirse no en todos los casos esto resulta incluso con la atención multidisciplinar que se les puede proporcionar, a estos se les conoce como síntomas refractarios, no solamente afecta de forma física también pueden ser de a nivel psicológico, o sea la condición de la persona en general que por supuesto, tienen un efecto altamente negativo y se refleja en el funcionamiento y bienestar del paciente que es todo lo contrario a lo que sería tener un proceso de muerte pacífico.

Se habló de sedación terminal por primera vez en la literatura sobre cuidados paliativos por Enck en 1991 al inicio fue tomado de manera incorrecta y causó gran confusión ya que en sí el objetivo era acortar la vida de alguien, hoy día el término es sedación paliativa, en este proceso se hace uso de fármacos con efecto sedante para poder ofrecer un poco de alivio al paciente de los síntomas refractarios que llegan a ser intolerables, es decir, se mantiene a la persona en un nivel de sedación controlada sin que afecte su tiempo de vida, se considera como uno de los últimos recursos a la hora de tratar estos síntomas en pacientes que tienen una enfermedad terminal ya sea de etiología oncológica o no, cuando la vida está llegando a su fin o cuando es inevitable. Algunas de las causas más frecuentes de sedación suelen ser: delirio, dolor, disnea, convulsiones y vómito. El hablar y usar la sedación paliativa implica cuestiones tanto médicas, como psicosociales, legales y consideraciones éticas.

La Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC) define a la sedación paliativa como: "el uso monitoreado de medicamentos destinados a inducir un estado de conciencia disminuida o ausente (inconsciencia) para aliviar la carga de sufrimiento que de otro modo sería intratable de una manera ética aceptable para el paciente, la familia y los profesionales de la atención médica."

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) la ha descrito como: "la administración de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios."

Claramente debe hacerse una diferenciación de sedación paliativa con la eutanasia, la primera como se ha mencionado usa fármacos sedativos con el propósito de aliviar los cuales se administran de forma proporcionada para obtener un control de síntomas, mientras que la eutanasia aun cuando también se utilizan fármacos, tiene la finalidad de finalizar la vida del paciente, por tanto las dosis son calculadas para ese resultado. Usar la sedación paliativa no se tiene que verse sucedida de la eutanasia.

Respecto a los síntomas refractarios ya se mencionaron cuáles suelen ser los más frecuentes, y los criterios diagnósticos para considerar que un síntoma es refractario incluyen una percepción médica de que las intervenciones invasivas y no invasivas que son: incapaces de proporcionar un alivio adecuado, o que están asociadas con una morbilidad aguda, crónica excesiva o intolerable, o es poco probable que proporcionen alivio dentro de un plazo tolerable.

La sedación paliativa está indicada tanto en adultos como en niños, con enfermedad incurable avanzada terminal para aliviar los síntomas graves que son refractarios a otras formas de

tratamiento, cabe mencionar que también se ha indicado para el tratamiento de síntomas no físicos como ansiedad, desesperanza, miedo o sufrimiento existencial, caracterizado por sentimientos de impotencia, desesperanza y miedo a la muerte. De igual forma, su uso por estas causas sigue siendo debatible en la actualidad, esto puede atribuirse a que la concientización e atención del “sufrimiento existencial” no son los adecuados y también que muchas veces para el personal de salud no es fácil evaluarlo y tratarlo, en este aspecto es importante considerar esta opción en los casos antes mencionados y pensar si es el tratamiento adecuado.

En general se tienen algunos criterios en los que se recomienda o generalmente se indica la sedación paliativa, algunos son: enfermedad terminal, muerte inminente, presencia de al menos un síntoma refractario, sufrimiento intolerable (sufrimiento existencial), y contar con el consentimiento del paciente o de su representante/ tutor.

La sedación paliativa puede variar en función de la continuidad de la sedación, así se pueden clasificar en dos: en sedación continua (disminución del nivel de conciencia de forma permanente) e intermitente (permite períodos de alerta que alternan con el estado de inconsciencia); y de la profundidad: superficial (paciente alerta con nivel de conciencia disminuido), intermedia (paciente dormido, con periodos de alerta que permite algún tipo de comunicación, verbal o no verbal) y profunda (mantiene al paciente en estado de inconsciencia).

La National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO), recomienda que la sedación se controle cuidadosamente y se valore proporcionalmente, de modo que el grado de sedación sea el mínimo requerido para que el paciente pueda tolerar la angustia de los síntomas, es decir, debe ser con consideraciones personalizadas.

Consideraciones importantes:

- Evaluación del paciente: Los pacientes con enfermedades terminales que sufren angustia severa deben ser evaluados con urgencia, con el objetivo determinar si los factores reversibles o tratables pueden estar jugando un papel en el deterioro o angustia grave del paciente
- Comunicación clara con el paciente que se acerca al fin de la vida: Este es uno de los aspectos más difíciles del papel de los equipos médicos. Los pacientes están lidiando con el impacto emocional de la enfermedad que amenaza la vida, a menudo con decisiones complejas de tratamiento y una probabilidad limitada de beneficio, mientras que al mismo tiempo intentan mantener un equilibrio de esperanza con objetivos realistas y alcanzables. Durante estas conversaciones se debe tener en cuenta la cantidad de información que desean conocer los pacientes, cómo quieren recibir esa información y cómo tomar decisiones con respecto a su atención médica.
- Consentimiento: Discutir esta opción terapéutica debe incluir una revisión de los objetivos, beneficios y riesgos así como las alternativas de tratamiento. El paciente debe poder decidir de acuerdo con sus propios valores y prioridades. Si el paciente lo permite, se recomienda llevar a cabo esta discusión con la participación de familiares significativos.
- Comunicación con miembros de la familia: Con el fin de informarle sobre su condición, evolución, las opciones de tratamiento disponibles, los posibles resultados y consecuencias de la preferencia expresada por el paciente. En el caso poco frecuente

de que los pacientes no permitan la discusión con sus familias, se deben explorar los motivos y buscar alentarlos a reconsiderar esta decisión.

Los medicamentos más usados son benzodiazepinas de vida media corta y rápido inicio de acción como el midazolam. Los barbitúricos, como el fenobarbital, y otros medicamentos sedantes, como el propofol. Los neurolépticos pueden ser efectivos cuando el paciente manifiesta signos y síntomas de delirium, en el cual la administración de opioides o benzodiazepinas como tratamiento inicial puede empeorar el síntoma. Por lo general, se administra una dosis inicial en bolo seguida de una infusión continua; el bolo inicial y la infusión continua deben ser la dosis más baja posible para inducir la sedación. Se deben conocer bien los posibles efectos secundarios y el cálculo de las dosis debe ser preciso.

Para monitorizar la sedación se usan signos vitales, laboratorios, escalas como la Escala de Sedación de Agitación de Richmond (RASS) y la Escala de Sedación Ramsay (RSS). Esto juega un papel importante para definir y dirigir una administración adecuada de medicamentos. Los aspectos que se deben monitorizar en la sedación paliativa son el alivio del sufrimiento, el nivel de conciencia (profundidad de la sedación) y los efectos secundarios de la sedación.

Las duraciones desde la sedación hasta la muerte oscilan entre 0,8 y 2,7 días. Es muy importante tener en cuenta que este tratamiento no está destinado a reducir la esperanza de vida del paciente y que el inicio del tratamiento no tiene impacto en el tiempo de supervivencia del paciente, ya que el tratamiento solo está destinado a aliviar los síntomas.

Siguen existiendo cuestiones éticas que rodean ciertos aspectos de la sedación paliativa, incluso cuando es aceptada y se practica ampliamente en muchos países del mundo. Muchos autores han justificado éticamente la utilización de sedación paliativa en pacientes terminales, aunque con ello existiera la posibilidad de acortar la vida de la persona, invocando para ello el principio de doble efecto.

CONCLUSIÓN

Con lo anteriormente visto se remarca la importancia y el impacto que tiene el uso de la sedación paliativa como medida terapéutica, no sólo con manifestaciones físicas sino también con las manifestaciones existenciales que son igual de importantes, con esto, no se busca disminuir el tiempo de vida que tiene el paciente, sino que, el tiempo restante que tenga pueda llevarse de forma pacífica, lo menos doloroso posible, poder estar al menos un poco cómodo en el proceso, debe considerarse que la opinión del paciente siempre es la más importante respecto a su uso o no, y hacer partícipe a la familia en este proceso suele ser una forma de apoyo y soporte, ya que por supuesto, la sedación es de gran ayuda, pero la carga física y emocional del paciente con una enfermedad terminal es muy alta, es un tema del que debería haber más preparación, concientización y desarrollo tanto con el personal de salud como en programas de educación médica, teniendo el bienestar del paciente como principal objetivo y pensando en todos sus elementos como la persona que es.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Carreño, V. Q. (2 de septiembre de 2022). *Sedación paliativa en enfermedad terminal*. Obtenido de SciELO: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-90152022000100003

El derecho a decidir: eutanasia y suicidio asistido

The right to choose: euthanasia and assisted suicide

Asunción Álvarez del Río

Resumen

Este artículo empieza por aclarar qué se entiende por "eutanasia" y "suicidio asistido" y en qué se distinguen estas decisiones de otras que también se dan en el contexto de la atención médica al final de la vida. A continuación se revisan los lugares en que se permite la eutanasia o el suicidio asistido y se examina la situación legal en México. Se analizan algunos de los argumentos en contra de la muerte médicamente asistida y la relación de ésta con los cuidados paliativos, en específico, con la sedación terminal. Finalmente, se comenta el debate actual para decidir si extender los límites de la ley que permite a un médico ayudar a morir en dos situaciones: la de los pacientes con demencia y la de las personas de edad avanzada y mentalmente competentes que desean poner fin a su vida.

Palabras clave: Eutanasia, suicidio asistido, cuidados paliativos, sedación terminal.

Cir Gen 2013;35(Supl. 2):S115-S118

Abstract

This paper begins by clarifying what is meant by "euthanasia" and "assisted suicide" and distinguishes them from other end-of-life medical decisions. The places in which euthanasia or assisted suicide are legally allowed are mentioned as well as the legal situation in Mexico. The paper then analyzes some arguments against physician-assisted death and its relation to palliative care, specifically to terminal sedation. Finally, we comment on the current debate to consider extending the legal scope of physician-assisted death in two situations: for patients with dementia and for very elderly mentally competent individuals who wish to end their life.

Key words: Euthanasia, assisted suicide, palliative care, terminal sedation.

Cir Gen 2013;35(Supl. 2):S115-S118

Introducción

En la discusión sobre la eutanasia y el suicidio asistido hay que empezar por ponernos de acuerdo en qué entendemos cuando hablamos de estas acciones y qué relación tienen con otras decisiones sobre el final de la vida que también se dan en el contexto de la atención médica.

Eutanasia es la acción que realiza un médico para producir la muerte de un paciente, sin dolor y a petición de éste.¹ Esta definición, así de específica, implica llamar eutanasia sólo a la acción que es voluntaria, activa y directa, y llamar de otra forma a otras decisiones que

se clasificaban como clases de eutanasia. Entonces, en lugar de hablar de eutanasia no-voluntaria cuando se causa la muerte de un paciente que no lo ha solicitado (porque no puede), hay que decir "terminación de la vida sin solicitud expresa" (o algo equivalente). Si se causa la muerte de un enfermo sin tomar en cuenta su voluntad (que si podría expresar) o en contra de ella, hay que llamar a esa acción homicidio o asesinato, en lugar de "eutanasia involuntaria".

Por otro lado, es preferible abandonar el término de "eutanasia pasiva" cuando se deja de dar o se retira un tratamiento con la consecuente muerte del paciente.

www.medigraphic.org.mx

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina,

Universidad Nacional Autónoma de México, México, DF, México.

Recibido para publicación: 2 enero 2013

Aceptado para publicación: 31 enero 2013

Correspondencia: Asunción Álvarez del Río

Universidad Nacional Autónoma de México, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental,
Facultad de Medicina, Circuito Exterior Ciudad Universitaria, 04510, Coyoacán, México, DF, México.
Tel: (5255) 56 23 23 00 ext. 43133, Tel. móvil: (5255) 5608 9074, E-mail: asun57@gmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/cirujanegenral>

Esta decisión recae en el médico cuando es éste quien considera que no se justifica un tratamiento porque no va a beneficiar al paciente, lo que corresponde llamar "limitación del esfuerzo terapéutico". Pero puede suceder que el médico recomiende una intervención que considere que si beneficiaría al enfermo, y éste la rechaza, aun sabiendo que va a morir. Esta decisión se llama "rechazo del tratamiento por parte del paciente". En muchos países se reconoce que no puede imponerse ninguna terapia a nadie; claro que esto no significa que no haya muchas personas viviendo en contra de su voluntad por recibir tratamientos que no quieren.

Ahora bien, un enfermo puede rechazar un tratamiento (sabiendo que va a morir) porque quiere evitar el sufrimiento adicional de los efectos secundarios, pero puede ser que lo rechace simplemente porque quiere morir y, en ese sentido, en los países donde no es legal la eutanasia (activa), ese paciente tiene suerte de que exista algo que se le puede dejar de dar. Por otra parte, no queda claro por qué en la mayoría de los países se establece una diferencia, en términos éticos, para considerar aceptable esa decisión y no la que implica ayudar a un enfermo que desea morir por el sufrimiento que padece, pero no hay tratamientos que retirarle, por lo que sólo puede morir si se le dan medicamentos que causen su muerte.

La eutanasia y el suicidio asistido (las dos modalidades de muerte médicamente asistida) son acciones muy parecidas porque ambas tienen la clara intención de ayudar a causar la muerte de un paciente, que es lo que éste quiere. Se distinguen entre sí porque en el suicidio asistido el médico se limita a proporcionar a la persona los medios para que se suicide, pero no realiza la acción que causa la muerte. Es mejor hablar de suicidio médicamente asistido para distinguirlo del suicidio asistido, sin adjetivo, que sería la ayuda para que alguien se suicide, pero fuera del contexto médico (la razón por la que la persona quiere morir no proviene de una enfermedad y la persona que ayuda no es un médico). El único lugar en que el suicidio asistido está permitido es en Suiza,² siempre y cuando los motivos para ayudar a morir sean altruistas y no por interés personal de quien ayuda.

Lugares en que se permite la muerte médicamente asistida

La eutanasia y el suicidio médicamente asistido se permiten en Holanda, Bélgica y Luxemburgo. El suicidio médicamente asistido (pero no la eutanasia) se permite en los estados de Oregon, Washington y Montana en los Estados Unidos (prefieren hablar de "ayuda para morir", *aid in dying*, porque el término "suicidio" suele asociarse, de manera peyorativa, a la muerte que se causa una persona no como resultado de una decisión racional sino por el efecto de una perturbación mental). En Colombia se podría aprobar pronto un proyecto de ley para regular la eutanasia, que fue autorizada en 1997 por la Corte Constitucional. En muchos otros países hay un debate importante para decidir si debe o no permitirse la muerte médicamente asistida: en los Estados Unidos,³ Canadá,⁴ el Reino Unido, Francia, España y Australia;

varios de ellos privilegian la modalidad del suicidio médicamente asistido.

En México, se han dado cambios legales para que los pacientes puedan rechazar los tratamientos que sólo añaden más sufrimiento, aunque la consecuencia sea que mueran, lo cual también da seguridad a los médicos de que no tendrán problemas legales por la muerte del paciente. Este paso se dio primero con la Ley de Voluntad Anticipada para el DF, vigente desde 2008. Después, a nivel federal se reformó la Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos (un nombre más apropiado), pero su reglamento no ha sido aprobado, no porque se desaprobó: simplemente se desatendió.⁵

Ambas leyes establecen que el paciente que ya no recibe tratamientos curativos debe recibir cuidados paliativos, aun cuando estos disminuyan su conciencia o aceleren su muerte. Las leyes prohíben la eutanasia y, aunque se entiende que los legisladores hayan decidido realizar los cambios de manera paulatina, es deseable que se deje abierta la puerta para aprobarla más adelante. Si bien en la mayoría de los casos la suspensión de tratamientos inútiles y los cuidados paliativos son suficientes para que la gente muera bien, no siempre se puede aliviar el sufrimiento físico o emocional, y en esas condiciones, hay pacientes que prefieren adelantar su muerte.

Cuidados paliativos y muerte médicamente asistida

Un argumento en contra de la legalización de la eutanasia (y el suicidio médicamente asistido) es que los médicos perderían el interés en dar cuidados paliativos a sus pacientes si tienen la opción de ayudarlos a morir, y se desincentivaría el desarrollo de estos cuidados. Las investigaciones realizadas en los lugares donde se permite alguna forma de muerte médicamente asistida demuestran que los cuidados paliativos han mejorado notablemente. De hecho, Oregon es el estado de su país que mejor atención proporciona a los pacientes en el final de su vida.⁶ En Bélgica, los cuidados paliativos se empezaron a desarrollar a principios de los 80, al mismo tiempo en que se empezó a discutir la legalización de la eutanasia, y ambas opciones se han visto como complementarias.⁷

También se ha argumentado que antes de permitir la muerte médicamente asistida en un lugar, debe asegurarse el acceso de todos los pacientes a los cuidados paliativos adecuados. Sin duda, debe trabajarse para que llegue un momento en que cualquier paciente pueda recibir la mejor atención paliativa, pero parece cruel argumentar a alguien que quiere terminar con su vida por el sufrimiento que padece que mientras la meta de cuidados paliativos no se alcance, tampoco se le puede ayudar a morir.

En los últimos años, dentro de la atención paliativa, ha ganado importancia el uso de la sedación a pacientes en fase terminal. Esta intervención puede ser leve o profunda, intermitente o continua, e ir o no acompañada de la suspensión de hidratación. Cuando se trata de una sedación profunda y continua, en la que se suspende la

hidratación al paciente (para no prolongar su situación), podemos hablar de sedación terminal, la cual tiene indicaciones precisas: 1) no hay otra forma de aliviar el sufrimiento del paciente, y 2) su expectativa de vida es menor a una o dos semanas. La sedación se considera una práctica médica normal, diferente a la eutanasia que, en los países en que se permite, se considera una causa de muerte no natural que debe reportarse para evaluar si el médico actuó de acuerdo con la ley.⁸

Es muy positivo que esta forma de sedación se pueda aplicar a los pacientes que padecen un sufrimiento extremo y, de hecho, sería poco ético no aliviar su aflicción cuando existen medios para hacerlo. Pero hay que reconocer que la distinción entre sedación terminal y eutanasia no siempre es muy clara (por ejemplo, si se aplica a un paciente que pide ayuda para morir donde la eutanasia es ilegal). Por otra parte, si con la sedación terminal se prevé que seguirá la muerte del paciente, ¿por qué sólo sería legítima esta intervención que no tiene la intención de causar la muerte si esto es precisamente lo que algunos pacientes quieren?, ¿por qué se consideraría legítimo anular la conciencia de la persona y causar su muerte personal y social, pero no la muerte completa que algunos pacientes desean? Finalmente, la preocupación sobre el posible abuso de la eutanasia aplica igualmente a la sedación terminal, sobre todo si se usa sin discutiría con pacientes que si estarían en condiciones de hacerlo.⁹

En el contexto de la atención paliativa, una opción legal para los pacientes que desean poner fin a su vida pero no quieren o no pueden optar por la eutanasia o el suicidio médicamente asistido es dejar de alimentarse e hidratarse (*voluntarily stopping eating and drinking, VSED*). Es una alternativa de la que se habla cada vez más abiertamente en otros países, se explica a los pacientes y familiares que implica, que deben esperar con ella y que apoyo paliativo se les puede ofrecer para aliviar los síntomas que surjan.

Algunos temas del debate actual

El primero se refiere al caso de los pacientes con demencia que solicitaron por adelantado que se les aplicara la eutanasia en caso de encontrarse en un estado avanzado de la enfermedad. Hay que tener en cuenta que cada vez existe más conciencia en la sociedad de que a medida que la expectativa de vida aumenta, es mayor la probabilidad de padecer demencia, y puesto que no existen tratamientos para ella, la eutanasia puede verse como una solución. En Holanda la ley contempla la solicitud anticipada, pero en la práctica los médicos no quieren aplicarla porque el paciente con demencia avanzada no guarda ninguna relación con la persona que pidió no vivir así y no tiene la menor idea de que alguien esté considerando su muerte. Se trata de una situación problemática porque quien expresó por anticipado su voluntad quería tener la tranquilidad de que no viviría en una situación de deterioro que temía. Los médicos, en cambio, si están dispuestos a aplicar la eutanasia cuando un paciente se encuentra en la primera etapa de la enfermedad, entiende lo que implica que ésta

avance y puede expresar de manera clara y consistente su deseo de que se le ayude a morir. El médico puede comprobar que se cumplan también los otros requisitos legales: que el sufrimiento del enfermo sea intolerable (en este caso, emocional, por saber que avanza hacia su desintegración como persona) y que no existan alternativas de alivio.¹⁰

Otro tema ampliamente debatido es el de las personas de edad avanzada ("cansadas de vivir" o que "han completado su vida") que quieren ayuda para morir pero no padecen una enfermedad grave que esté causando un sufrimiento intolerable, así que no cumplen los criterios legales que permiten a un médico aplicar la eutanasia. El interés de personas en edad avanzada de contar con medios eficaces para suicidarse de manera segura y sin violencia también se ha manifestado en otros países. En el Reino Unido se fundó en 2009 la *Society for Old Age Rational Suicide, SQARS* (Sociedad por el Suicidio Racional para Personas de Edad Avanzada), aun cuando en este país la muerte médicamente asistida no está permitida en ningún caso. En Holanda, donde sí se permite y se ha mantenido un cuidadoso análisis de lo que sucede en la práctica para revisar sus límites, es donde más se discute si debería permitirse aplicar la eutanasia a estas personas. Vimos que en este país la experiencia demostró que aunque la idea de pedir por anticipado la eutanasia para cuando se llegara a un estado avanzado de demencia parecía adecuada en teoría, no funcionó en la práctica. Para el caso de las personas de edad avanzada, la revisión iría en el sentido de ver si los límites actuales pueden extenderse. De hecho, esto ha sucedido desde que se despenalizó la eutanasia en 1984. La principal causa por la que los pacientes la solicitaban era por padecer un sufrimiento físico, pero se reconoció que también podía ser psicológico o emocional, siempre y cuando estuviera causado por una enfermedad o condición médica. Después de todo, esta es la razón de que sean médicos los que aplican la eutanasia. Como médicos, mantienen una relación profesional con sus pacientes, son responsables de su atención y pueden valorar su sufrimiento. Por lo mismo, no queda tan claro que los médicos ayuden a personas que desean morir por razones que no provienen de una enfermedad o condición médica. Sin embargo, el caso de los ancianos que prefieren morir antes de avanzar hacia una condición de deterioro podría llegar a quedar incluido dentro de los límites de la ley que permite la eutanasia, porque muchas de las condiciones que presentan debidas a su vejez pueden ser diagnosticadas médicamente. Como señala la Real Asociación Médica Neerlandesa (KNMG), a medida que la gente envejece, sufre una serie de problemas físicos que se van acumulando y empeorando: pérdida de la vista, del oído, fatiga, dificultad para caminar, incontinencia, entre muchos otros. Además de otro tipo de pérdidas: de habilidades, de actividades placenteras, de recursos financieros, de la pareja o los amigos que fallecen, por mencionar algunas. Todos estos son factores que al sumarse pueden causar un sufrimiento intolerable.¹¹

El papel de los médicos

En la discusión sobre la conveniencia de legalizar la muerte médicamente asistida, sobre todo por parte de quienes argumentan que debe permitirse, es común defender, casi exclusivamente, el derecho de los pacientes a decidir su muerte. Sin duda, éste es el punto de partida, pero el elemento controvertido no es ese, sino que se pida a otro, a un médico, que participe en una acción que consiste en causar o ayudar a causar una muerte. Desde luego, hay razones de peso para que un médico esté dispuesto a dar esa ayuda tan especial, pero entre los médicos las opiniones se dividen: hay quienes sienten que ayudar a morir en ciertas condiciones puede ser un deber moral y quienes creen que un médico nunca debería dar esa ayuda.

Lo cierto es que, según encuestas en diferentes países, mientras hay un apoyo mayoritario de la población para permitir la muerte médicamente asistida, la mayor parte de los médicos se oponen y, sobre todo, la mayoría de las asociaciones médicas.⁴

Hay que reconocer que se entiende la oposición de los médicos porque se da por hecho que a ellos les corresponde aplicar la eutanasia o ayudar a un paciente a suicidarse. ¿Por qué ellos, que eligieron su profesión para luchar por la vida? La respuesta es que en el acuerdo de la sociedad de que en ciertas condiciones muy especiales se debe permitir ayudar a morir, el consenso es que esta ayuda se dé a pacientes que están sufriendo por su enfermedad y no a cualquier persona que por diferentes razones desea terminar con su vida. Por tanto, los más indicados para ayudar a morir son los médicos, no sólo porque tienen acceso y conocimiento para usar los medicamentos que causan una buena muerte, sino porque la decisión de un paciente de adelantar su final se da en el contexto de la relación médico-paciente cuando su médico no puede ofrecerle nada más para evitar su sufrimiento.

No está de más, sin embargo, profundizar en esta controversia. Analizar, por un lado, lo que justifica y lo que implica que sean médicos quienes ayuden a morir y, por otro, si se justificaria y qué implicaría decidir que no sean médicos quienes lo hagan.

Conclusión

Para concluir, quiero compartir una reflexión. Dentro de algunos años, ¿50?, ¿100?, las personas que volteen a ver cómo se muere en las primeras décadas del siglo XXI verán con extrañeza que un paciente que se daba cuenta que no había marcha atrás en su enfermedad, que sabía que lo que seguía sólo significaba más sufrimiento, que quería hacer uso de su libertad para decidir el momento y la forma de su muerte no contara (más que en unos escasos lugares) con la única ayuda que quería para morir acompañado y sin dolor cuando lo decidiera.

Hay que reconocer que en este momento, en la mayoría de los países, sólo se respalda legalmente la voluntad de las personas que no quieren la eutanasia (o el suicidio asistido) para ellas. Al mismo tiempo, cuando se discute la conveniencia de legalizar estas acciones, muchas de estas personas reaccionan como si la legalización impli-

cara que ya no se va a respetar su voluntad porque ellas van a tener que pedir la eutanasia. Es evidente que no, pero esa suposición debería permitirles tener una idea de lo que implica la situación actual para las personas que no pueden contar con la opción que si quieren. Lo mismo puede decirse de los médicos. Actualmente hay médicos que no están dispuestos a ayudar a un paciente a morir, pero también hay médicos que están dispuestos a hacerlo.

Las razones por las que las personas mantienen una u otra posición ética con relación a la eutanasia no deben estar en discusión porque son tan válidas unas como otras. Lo que no es válido es querer imponer a otros las convicciones personales o impedirles que actúen de acuerdo con las suyas. Las sociedades necesitan políticas que garanticen el respeto a la voluntad de todos los ciudadanos.

El siguiente paso puede ser más difícil: pasar de reconocer que la muerte médicamente asistida debe ser una opción legal para quien la quiera a establecer y definir con mucha claridad bajo qué condiciones se puede permitir. ¿Qué pacientes pueden recibir esa ayuda?, ¿en qué momento?, ¿qué criterios se deben reunir?, ¿quién debe proporcionar la ayuda?, ¿cuál será el mejor método de control para que no se abuse de la práctica?, por mencionar algunas preguntas. Tenemos la experiencia de algunos lugares, que es invaluable, pero corresponde a cada país encontrar sus respuestas. Reconocer que se trata de una tarea muy compleja debería ser un incentivo para no postergarla más.

Referencias

1. Álvarez del Río A. Práctica y ética de la eutanasia. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica; 2005.
2. Hurst SA, Mauren A. Assisted suicide and euthanasia: allowing a role for non-physicians. *BMJ*. 2003; 326: 271-273.
3. Angell M. May Doctors Help You Die? *The New York Review of Books*. October 11, 2012.
4. Schüklenk U, van Delden JMM, Deakin J, et al. End-of-life decision-making in Canada: the report by The Royal Society of Canada expert panel on end-of-life decision-making. *Bioethics*. 2011; 25: 1-73.
5. Foro Consultivo de Ciencia y Tecnología, Colegio de Biética, A.C. Eutanasia: hacia una muerte digna... México, D.F.: Foro Consultivo de Ciencia y Tecnología, Colegio de Biética; 2008.
6. Gey ER, Jackson A, Harvath T, et al. Oregon hospice nurses and social workers' assessment of physician progress in palliative care over the past 5 years. *Palliat Support Care*. 2003; 1: 215-219.
7. European Association for Palliative Care. Palliative care development in countries with a euthanasia law. [Internet]. Disponible en: <http://www.commissionenassisteddying.co.uk/wp-content/uploads/2011/10/EAPC-Briefing-Paper-Palliative-Care-in-Countries-with-a-Euthanasia-Law.pdf>
8. Rietjens JAC, et al. Terminal Sedation and Euthanasia. A Comparison of Clinical Practices. *Arch Intern Med*. 2006; 166: 749-753.
9. Batón M. Terminal Sedation: Pulling the Sheet over Our Eyes. *Hastings Center Report*. 2006; 36: 27-30.
10. Youngner S, Kinca GK. *Physician-assisted death in perspective. Assessing the Dutch experience*. New York, USA: Cambridge University Press; 2012.

RESUMEN

Eutanasia:

La eutanasia y el suicidio asistido, son prácticas que buscan poner fin a la vida de un ser humano, bajo la justificación de que el individuo así lo manifiesta, ya sea porque sufre una enfermedad incurable, problemas físicos o mentales, inclusive es aplicada a la persona que no puede expresar su voluntad, debido a causas que no se lo permiten, como aquellos enfermos que se encuentran en estado vegetativo y la decisión para ejercerla en estos pacientes es la de un representante/ tutor. Para hablar de eutanasia y el suicidio asistido hay que empezar por ponernos de acuerdo en qué entendemos cuando hablamos de estas acciones y qué relación tienen con otras decisiones sobre el final de la vida que también se dan en el contexto de la atención médica.

Eutanasia es la acción que realiza un médico para producir la muerte de un paciente, sin dolor y a petición de éste. Entonces siguiendo este contexto en lugar de hablar de eutanasia no-voluntaria cuando se causa la muerte de un paciente que no lo ha solicitado porque no tiene la capacidad de hacerlo, hay que decir "terminación de la vida sin solicitud expresa". Si se causa la muerte de un enfermo sin tomar en cuenta su voluntad (que sí podría expresar) o en contra de ella, hay que llamar a esa acción homicidio o asesinato, en lugar de "eutanasia involuntaria". De igual forma, es preferible abandonar el término de "eutanasia pasiva" cuando se deja de dar o se retira un tratamiento con la consecuente muerte del paciente; pero puede suceder que el médico recomiende una intervención que considera que si beneficiaría al enfermo, y éste la rechaza, aun sabiendo que va a morir, a esto se llama "rechazo del tratamiento por parte del paciente", claro que esto no significa que no haya muchas personas viviendo en contra de su voluntad por recibir tratamientos que no quieren.

La eutanasia y el suicidio asistido (las dos modalidades de muerte médicamente asistida) son acciones muy parecidas porque ambas tienen la clara intención de ayudar a causar la muerte de un paciente, que es lo que éste quiere. Se distinguen entre sí porque en el suicidio asistido el médico se limita a proporcionar a la persona los medios para que se suicide, pero no realiza la acción que causa la muerte. Es mejor hablar de suicidio médicamente asistido para distinguirlo del suicidio asistido, sin adjetivo, que sería la ayuda para que alguien se suicide, pero fuera del contexto médico. El único lugar en que el suicidio asistido está permitido es en Suiza, siempre y cuando los motivos para ayudar a morir sean altruistas y no por interés personal de quien ayuda.

La eutanasia y el suicidio médicamente asistido se permiten en Holanda, Bélgica y Luxemburgo. El suicidio médicamente asistido (pero no la eutanasia) se permite en los estados de Oregón, Washington y Montana en los Estados Unidos, en muchos países hay un debate importante para decidir si debe o no permitirse legalmente. En México, se han dado cambios legales para que los pacientes puedan rechazar los tratamientos que sólo añaden más sufrimiento, aunque la consecuencia sea que mueran, lo cual también da seguridad a los médicos de que no tendrán problemas legales por la muerte del paciente. Este paso se dio primero con la Ley de Voluntad Anticipada para el DF, vigente desde 2008. Después, a nivel federal se reformó la Ley General de

Salud en Materia de Cuidados Paliativos, pero su reglamento no ha sido aprobada. Ambas leyes establecen que el paciente que ya no recibe tratamientos curativos debe recibir cuidados paliativos, aun cuando estos disminuyan su conciencia o aceleren su muerte.

Un argumento en contra de la legalización de la eutanasia (y el suicidio médicamente asistido) es que los médicos perderían el interés en dar cuidados paliativos a sus pacientes si tienen

la opción de ayudarlos a morir, y se desincentivaría el desarrollo de estos cuidados. También se ha argumentado que antes de permitir la muerte médicamente asistida en un lugar, debe asegurarse el acceso de todos los pacientes a los cuidados paliativos adecuados.

Una opción legal para los pacientes que desean poner fin a su vida pero no quieren o no pueden optar por la eutanasia o el suicidio médicamente asistido es dejar de alimentarse e hidratarse (voluntarily stopping eating and drinking, VSED). Es una alternativa de la que se habla cada vez más abiertamente en otros países.

Estadísticamente en algunos países hay controversia en la aplicación práctica de la eutanasia, un caso específico que más se ha ejemplificado son los pacientes con demencia, consideran que en el momento que decidieron se trata de una situación problemática porque quien expresó por anticipado su voluntad quería tener la tranquilidad de que no viviría en una situación de deterioro que temía puede no guardar relación con la persona que actualmente es. En cambio, otro porcentaje sí está dispuesto a aplicar la eutanasia cuando un paciente se encuentra en la primera etapa de la enfermedad, entiende lo que implica que ésta avance y puede expresar de manera clara y consistente su deseo de que se le ayude a morir.

Otro de los temas debatido es el de las personas de edad avanzada que quieren ayuda para morir pero no padecen una enfermedad grave que esté causando un sufrimiento intolerable, así que no cumplen los criterios legales que permiten a un médico aplicar la eutanasia. La principal causa por la que los pacientes la solicitaban era por padecer un sufrimiento físico, pero se reconoció que también podía ser psicológico o emocional, siempre y cuando estuviera causado por una enfermedad o condición médica. Después de todo, esta es la razón de que sean médicos los que aplican la eutanasia. Como médicos, mantienen una relación profesional con sus pacientes, son responsables de su atención y pueden valorar su sufrimiento. Por lo mismo, no queda tan claro que los médicos ayuden a personas que desean morir por razones que no provienen de una enfermedad o condición médica. Sin embargo, el caso de los ancianos que prefieren morir antes de avanzar hacia una condición de deterioro podría llegar a quedar incluido dentro de los límites de la ley que permite la eutanasia, porque muchas de las condiciones que presentan debidas a su vejez pueden ser diagnosticadas médicamente.

El papel de los médicos: En la discusión sobre la conveniencia de legalizar la muerte médicamente asistida, sobre todo por parte de quienes argumentan que debe permitirse, es común defender el derecho de los pacientes a decidir su muerte. Sin duda, éste es el punto de partida, pero el elemento controvertido no es ese, sino que se pida a un médico, que participe en una acción que consiste en causar o ayudar a causar una muerte. Entre los médicos las opiniones se dividen: hay quienes sienten que ayudar a morir en ciertas condiciones puede ser un deber moral y quienes creen que un médico nunca debería dar esa ayuda.

CONCLUSIÓN

A veces los cuidados paliativos no son suficientes para el alivio del paciente ya sea el sufrimiento físico o emocional y así deciden adelantar su muerte. Con lo revisado anteriormente es claro que el tema viene acompañado tanto de relevancia como de controversia, opiniones que van de un extremo a otro, un lado que piensa lo importante que es proporcionar ayuda y alivio para las personas que están sufriendo por una enfermedad terminal o dado a otras razones que llevan a esa persona querer terminar su vida, mientras que otra parte están quienes consideran que terminar con la vida no es un acto que pueda proporcionarse como forma de ayuda ni siquiera en casos de enfermedad. La responsabilidad

de su uso y práctica recae en las manos de los médicos, no solo por sus capacidades y conocimientos, sino que la decisión del paciente forma parte aún de la relación médico-paciente y es un momento crucial también en el que como médico, reconoce que no hay más alternativas que pueda ofrecer para evitar su sufrimiento, pero es verdad que incluso entre los médicos las opiniones de esto son divididas. El principal pilar de la polémica es la ética, la posición que cada persona o profesional adopte frente a la eutanasia son completamente válidas, sin embargo, viendo el panorama, no es precisamente justo la imposición de políticas que no garantizan el respeto a la voluntad de cada persona, sino más bien, para algunos fungen como impedimentos de actuar acorde a sus convicciones y deseos. Si se analizan las diferencias entre países cuyas políticas permiten o niegan la utilización de la eutanasia, en la mayoría se encuentra que es más una diferencia de términos técnicos, ya que en algunos la diferencia radica que en vez de dar fármacos que causen la muerte, es retirar el tratamiento que tenga el paciente. Los debates y diferencias sobre este tema, y demás opciones terapéuticas en el final de la vida, están lejos de terminar, una de las que está siendo cada vez más aceptada es la sedación paliativa, cuya relevancia es igual de alta, por tanto hay que pensar por qué las intervenciones que no terminan con la vida, que es lo que algunos pacientes desean, son las únicas aceptadas, por qué si es mejor anular su estado de consciencia y no ayudarlos a morir, el abuso de ambas alternativas es un gran riesgo, sin embargo por eso debe reglamentarse la mejor forma de proporcionar la ayuda.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Río, A. Á. (junio de 2013). *El derecho a decidir: eutanasia y suicidio asistido*. Obtenido de medigraphic.org: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2013/cgs132f.pdf>