



Universidad del Sureste
Campus Comitán de Domínguez, Chiapas
Licenciatura en Medicina Humana



RESUMEN EUTANASIA Y SEDACIÓN PALIATIVA

PASIÓN POR EDUCAR

Angelica Gonzalez Cantinca

Sexto Semestre

Grupo B

Medicina Paliativa

Dr. Agenor Abarca

EUTANASIA

La mayoría de las personas no mueren de una manera brusca e inesperada, sino que lo hacen en las camas de los hospitales o en su domicilio, siendo por profesionales de la salud. Las causas más frecuentes de muerte son las enfermedades crónicas, degenerativas y tumorales. No es de extrañar que se hayan presentado diversas soluciones. Una de ellas ha sido la de reclamar la legalización de la eutanasia, que puede considerarse como la acción u omisión que, por su propia naturaleza, o en sus intenciones, procura la muerte, con la finalidad de eliminar todo dolor y sufrimiento.

Por definición la enfermedad terminal está irreversiblemente unida a la muerte; esto implica que médicos y enfermeras, además de administrar los cuidados físicos y psicológicos necesarios, han de esmerarse en evitar el sufrimiento y la inseguridad, así como acompañar hasta el final al enfermo agonizante.

Su etimología (del griego “eu-thanatos”), eutanasia significa “buena muerte”, en el sentido de muerte apacible, sin dolores, y con esta acepción la introdujo en el vocabulario científico Francisco Bacon en 1623. Sin embargo, actualmente se entiende por eutanasia aquella acción **eutanasia activa**, u **omisión eutanasia pasiva**, encaminada a dar muerte, de una manera indolora, a los enfermos incurables. Son características esenciales de la eutanasia el ser provocada por personal sanitario y la existencia de una intencionalidad supuestamente compasiva o liberadora.

- Por los fines perseguidos la eutanasia se llama **homicidio piadoso** si la muerte se busca como medio para privar al enfermo de los dolores, o de una deformación física, o de una ancianidad penosa o, en una palabra, de algo que mueve a “compasión”.
- **Eutanasia eugenésica**, económica o social si la muerte se busca como medio para purificar la raza o para liberar a la familia o a la sociedad de la carga de las llamadas “vidas sin valor”.
- Por los medios empleados se divide en **eutanasia activa** (acción de liberada encaminada a dar la muerte) y eutanasia pasiva; en ésta se causa la muerte omitiendo los medios proporcionados necesarios para sostener la vida.
- **Eutanasia en voluntaria e involuntaria**, en el caso de que lo pida o no el enfermo.

Aunque sea con el consentimiento de la víctima, la eutanasia es siempre provocada por otras personas; es un homicidio con unas características determinadas. Si es uno mismo el que se provoca intencionadamente la muerte se habla de suicidio, y se denomina suicidio asistido cuando es el médico quien proporciona un fármaco letal al enfermo, pero es éste quien se lo administra a sí mismo.

No es eutanasia la aplicación de fármacos para aliviar el dolor u otros síntomas en un paciente terminal aunque ello produzca, indirecta e inevitablemente, un cierto acortamiento de la vida. Siempre debe procurarse no impedir que el enfermo pueda actuar libremente en la disposición de su última voluntad y en el caso de que los medios usados lleven aneja la obnubilación o pérdida de conciencia, será necesario el consentimiento del enfermo. Tampoco es eutanasia la omisión o retirada de medios extraordinarios o desproporcionados para prolongar artificialmente la vida de un enfermo terminal, pues está ausente la acción positiva de matar y la posibilidad de una vida natural. A esto le llaman algunos autores “adistanasia”. La “ortotanasia” a la muerte a su tiempo, sin acortar la vida y sin alargarla innecesariamente mediante medios extraordinarios o desproporcionados. A este alargamiento de la vida mediante medios desproporcionados se le conoce con el nombre de “ensañamiento terapéutico” o “distanasia”, y puede ser ilícito como señala el Código deontológico.

El tipo de enfermos en los que con mayor frecuencia se plantea la eutanasia son los que se hayan en situación terminal; conviene delimitar algunos conceptos al respecto. Los enfermos incurables terminales son los principales candidatos a la eutanasia; los enfermos curables en estado crítico no presentan mayores dificultades, ya que habitualmente se les dan los cuidados máximos. Un enfermo en situación terminal es aquél en el que se prevé que la muerte es segura y ocurrirá en un plazo no lejano (hasta seis meses, según algunos autores), abandonándose el esfuerzo médico terapéutico para concentrarse en el alivio de los síntomas y en el apoyo tanto al paciente como a su familia.

ASPECTOS ETICOS Y JURIDICOS

El Juramento Hipocrático (460 a. C.) constituye la gran piedra miliar de la historia de la Deontología Médica. En el párrafo quinto donde se habla de la eutanasia, y también del aborto, pues existe un paralelismo entre los dos; lo hace del modo siguiente: “Y no daré ninguna droga mortal a nadie, aunque me lo pidan, ni sugeriré un tal uso, y del mismo modo, tampoco a ninguna mujer daré un abortivo, sino que, a lo largo de mi vida, ejerceré mi arte pura y santamente”. Estas palabras expresan con solemnidad y precisión el compromiso de respetar la vida humana que comienza y la que termina.

Este principio fundamental de la Deontología médica se recoge en el **artículo 4.1.** del Código español de Etica y Deontología médica actualmente vigente: “La profesión médica está al servicio del hombre y de la sociedad. En consecuencia, respetar la vida humana y la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad, son los deberes primordiales del medico”. Este artículo contiene una doctrina densa hasta el punto de que se puede afirmar que en él se recapitulan los grandes principios de toda la Deontología.

La eutanasia es sobre todo una cuestión que afecta a médicos y enfermeras solamente, pues los rasgos propios de la eutanasia, lo que la diferencia de las otras formas de muerte provocada son: el modo médico de inducirla y la intencionalidad “compasiva” o “liberadora”. Por ser la técnica y la compasión atributos muy propios del médico y de la enfermera competentes, se explica que la reprobación deontológica de la eutanasia sea tan fuerte. Cuando el médico rechaza la eutanasia y la colaboración al suicidio, no está simplemente siguiendo sus convicciones éticas o los preceptos de una tradición profesional milenaria: está siendo fiel a lo más genuino de la profesión.

Actualmente, no está legalizada en ningún país, aunque se practica en Holanda, bajo ciertos requisitos y varios miles de veces cada año, sin que el médico sea penado; no obstante, se encuentra avanzada la tramitación legislativa para la legalización de la eutanasia y del suicidio asistido en este país.

Para promover la legalización de la eutanasia y del suicidio asistido aparecen en el siglo XX y empiezan a difundirse y a tener aceptación las sociedades de eutanasia voluntaria. Hoy día existen más de treinta en todo el mundo, y algunas de ellas cuentan con gran número de socios. Para ello realizan campañas en los medios de comunicación para conseguir un clima favorable entre la opinión pública. Pretenden así mismo que tenga validez efectiva el denominado “testamento vital” que estas sociedades difunden.

La Asociación V.E.S. de Gran Bretaña, por ejemplo, que ha sido la primera y en la que se han inspirado todas las demás, se fundó para “promover una legislación que permitiera a los médicos dar cumplimiento a la solicitud de un paciente terminal que, sufriendo un dolor o angustia irreversible, deseara acortar el proceso hacia su muerte”. Este propósito se ha ampliado gradualmente para incluir también a pacientes que no se encuentren en estado terminal pero que sufran una disminución o incapacidad que ellos juzguen intolerable. Y la Real Asociación Médica holandesa estableció cinco condiciones: 1) petición voluntaria por parte del interesado; 2) formulada sin dudas ni incertidumbres; 3) repetida en diversas ocasiones; 4) en circunstancias de sufrimiento insoportable y 5) y acogida por el médico después de haber consultado con otros colegas.

La conducta eutanásica está penada por tanto con prisión de dieciocho meses a tres años; se trata de una penalización mitigada (anteriormente la pena era de doce a veinte años de prisión) que conseguirá probablemente una evolución de la mentalidad social sobre esta materia. En caso de legalizarse, el personal sanitario puede acogerse a la objeción de conciencia. El Tribunal Constitucional dice expresamente que el derecho a la objeción de conciencia está amparado por la Constitución y, en consecuencia, se puede obtener de los jueces y tribunales la pertinente protección de este derecho. Señalamos que la admisión legal de la eutanasia puede suponer una forma de coacción moral sobre el enfermo, que podría sentirse obligado a solicitarla ante los gastos y problemas que ocasione su enfermedad.

CONCLUSIÓN

Por tanto para concluir con este tema la eutanasia está encaminada a que un médico o personal de salud acelere la muerte de un paciente terminal, con el consentimiento de éste a fin de evitar sufrimiento y dolor, se encuentra involucrada con una serie de aspectos como el suicidio médicamente asistido y el derecho a una muerte digna. Es sobre todo una cuestión que afecta a todo el sector salud ya que lo que la diferencia de las otras formas de muerte provocada son: el modo médico de inducirla y la intencionalidad “compasiva” o “liberadora”. Por lo cual debemos considerarla como la realización de forma intencional y con conocimiento de un acto con la clara intención de poner término a la vida de otra persona, siempre y cuando esta sea competente, se encuentre informada del estado incurable de su enfermedad y haya pedido voluntariamente terminar con su vida.

Si bien su relación con la bioética es de suma importancia ya se refiere a la capacidad de realizar actos con conocimiento de causa, con información suficiente y sin coacción interna ni externa; es decir que la autonomía reconoce que los pacientes tienen derecho a decidir libremente, después de haber recibido la información apropiada, entre las opciones clínicas disponibles, y reconoce también el derecho a negarse al tratamiento.

De tal forma que si comparamos la eutanasia con los cuidados paliativos ellos consisten en el cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a un tratamiento curativo: el control del dolor y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

SEDACIÓN PALIATIVA

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

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

Los síntomas refractarios son aquellos que no pueden ser controlados de forma adecuada con los tratamientos habitualmente disponibles, aplicados por médicos expertos, en un plazo de tiempo razonable. Se debe considerar y distinguir entre síntomas refractarios y difíciles, ya que algunos síntomas que pueden parecer refractarios, en manos de un equipo experimentado, se tornan en difíciles y susceptibles de responder a un tratamiento que no comprometa la consciencia del paciente.

La sedación paliativa puede ser, según su temporalidad, como lo es la sedación continua: sin períodos de descanso y la sedación intermitente: permite períodos de alerta. Indicada para ciertos procedimientos, como curas complejas o movilizaciones complicadas, y especialmente indicada para casos de sufrimiento existencial refractario. Ahora bien esta la sedación según su intensidad, como la; sedación profunda: no permite la comunicación con el paciente y la sedación superficial: permite la comunicación del paciente continua o intermitente y su profundidad se gradúa para alcanzar el nivel de sedación que logre el alivio de los síntomas. Y por último la sedación paliativa en la agonía, que es la sedación paliativa que se utiliza cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida para aliviar un sufrimiento físico o psicológico que no ha respondido a otras medidas.

INDICACIONES

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

1. Se plantea ante un síntoma refractario, no ante un síntoma de difícil control.
2. Dejar constancia en la historia clínica: etiología del síntoma, tratamientos instaurados y resistencia a estos.
3. Evaluación interdisciplinar.
4. Intención de aliviar el sufrimiento: utilización de dosis adecuadas y proporcionadas al síntoma que queremos aliviar, ajuste de la dosis al nivel de conciencia, reversibilidad y uso de fármacos de rápida metabolización y vida media.
5. Se debe obtener siempre el consentimiento informado del paciente. Este aspecto se desarrollará en el siguiente punto dada su relevancia.

CONSENTIMIENTO

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

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

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

- **Comprensión:** es la capacidad de entender o comprender la información que recibe el paciente.

En el ámbito de sedación paliativa, se pueden identificar tres situaciones fundamentales como; una situación crítica que hay que resolver con urgencia, con gran compromiso vital (asfixia, hemorragia): en este caso procede actuar cuanto antes. La presencia de uno o varios síntomas refractarios que van consolidándose con el paso del tiempo. Cualquiera de las situaciones descritas en los dos puntos anteriores en un paciente que no tiene capacidad para decidir por hallarse incapacitado legalmente o por tener alterada su capacidad de juicio. Se explica la situación al familiar de referencia y se obtiene su consentimiento.

PROCEDIMIENTO

Los fármacos de elección en la sedación paliativa son; Benzodicepinas (midazolam). Neurolépticos sedativos (clorpromazina o levomepromazina). Anticonvulsivantes (fenobarbital). Anestésicos (propofol).

Primer escalón: midazolam, en general como primera opción. Aunque en el caso del paciente con delirium refractario, el fármaco de elección será la levomepromazina. La clorpromazina también es una primera opción válida.

El segundo escalón: combinación de midazolam con levomepromazina o clorpromazina intravenosa.

El tercer escalón: se pautará fenobarbital si el paciente está en su domicilio o propofol si permanece en el hospital.

EVALUACIÓN

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

CONCLUSIÓN

Para finalizar la sedación paliativa es el alivio del sufrimiento del enfermo mediante una reducción proporcionada del nivel de consciencia del paciente mediante fármacos.

Debe ser considerada sólo para un paciente con una enfermedad terminal que esté experimentando un síntoma refractario severo. El objetivo es aliviar el sufrimiento intolerable causado por un síntoma refractario a través de la disminución de consciencia intencional de un paciente con una enfermedad avanzada o terminal, utilizando dosis proporcionales y monitorizadas de un fármaco sedante no opiáceo.

En comparación con la eutanasia, la sedación busca aliviar el sufrimiento refractario, mediante la prescripción de fármacos de forma proporcionada y como resultado el alivio del sufrimiento; el médico administra sólo la dosis necesaria para inducir una sedación adecuada y así alcanzar el confort. Una vez alcanzado el alivio del paciente, se utilizan las dosis más bajas para mantener ese alivio. Y la eutanasia busca provocar la muerte para liberar el sufrimiento y se prescriben fármacos a dosis letales que garantizan la muerte.