



Alumna: Yajaira Gpe. Méndez Guzman

Trabajo: Resumen de Eutanasia y Sedación paliativa

Parcial: Cuarto parcial

Materia: cuidados paliativos

Catedrático: Dr. Agenor Abarca Espinosa

Licenciatura: Medicina humana

Grado: 6to semestre Grupo: C

# SEDACIÓN PALIATIVA

**Clementina Acedo Claro<sup>a</sup> , Bárbara Rodríguez Martín<sup>b</sup>**

<sup>a</sup>Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo (España).

<sup>b</sup>Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos. Hospital San Agustín de Linares. Jaén (España).

ARTICULO ORIGINAL : [Sedación paliativa \(isciii.es\)](https://www.isciii.es)

## INTRODUCCIÓN

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

## SEDACIÓN PALIATIVA. CONCEPTO

Es la disminución deliberada del nivel de conciencia del enfermo, una vez obtenido el oportuno consentimiento, mediante la administración de los fármacos indicados y a las dosis adecuadas, con el objetivo de evitar un sufrimiento insoportable causado por uno o más síntomas refractarios<sup>1</sup>.

Aunque no en todas las definiciones de consenso actual se recoge el término de proporcionalidad, sí es ampliamente repetido en las últimas directrices que la disminución de conciencia deberá ser solo en grado suficiente para conseguir el alivio deseado y nunca más allá de lo estrictamente necesario<sup>2</sup>.

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<sup>3,4</sup>.

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

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

## TIPOS DE SEDACIÓN

La sedación paliativa puede ser, según su temporalidad<sup>5</sup>:

Sedación continua: sin períodos de descanso.

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

Según su intensidad<sup>2</sup>:

Sedación profunda: no permite la comunicación con el paciente.

Sedación superficial: permite la comunicación del paciente continua o intermitente y su profundidad se gradúa para alcanzar el nivel de sedación que logre el alivio de los síntomas.

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

## INDICACIÓN DE LA SEDACIÓN PALIATIVA. REQUISITOS

Para que la sedación sea considerada ética y legalmente lícita debe reunir una serie de condiciones<sup>2</sup>:

Se plantea ante un síntoma refractario, no ante un síntoma de difícil control.

El paciente debe padecer una enfermedad avanzada en fase terminal.

No hay posibilidades razonables de otro tratamiento para controlar el síntoma:

Por adecuación del esfuerzo terapéutico determinada por el médico.

Por rechazo al tratamiento decidido por el paciente, su tutor o familiar de referencia o en instrucciones previas.

Por encontrarse el paciente en situación de agonía.

Por falta de disponibilidad de otros tratamientos.

La sedación no debe instaurarse para aliviar la pena de los familiares o la carga laboral y la angustia de las personas que lo atienden.

Dejar constancia en la historia clínica: etiología del síntoma, tratamientos instaurados y resistencia a estos.

Evaluación interdisciplinar.

Intención de aliviar el sufrimiento: utilización de dosis adecuadas y proporcionadas al síntoma que queremos aliviar (dosis mínima eficaz), ajuste de la dosis al nivel de conciencia, reversibilidad y uso de fármacos de rápida metabolización y vida media.

En la [tabla 1](#) se comparan los aspectos éticos de la sedación paliativa con la eutanasia.

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

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

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

#### EL CONSENTIMIENTO EN LA SEDACIÓN PALIATIVA

Tomando como referencia la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, se resaltaré que todo paciente tiene derecho a conocer información clara y entendible sobre su proceso de enfermedad y sobre los tratamientos propuestos. También tiene derecho a no ser informado si así lo desea<sup>6</sup>.

Consentimiento informado: la Ley 41/2002 de 14 de noviembre lo define en su artículo 3 como «la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud». La autonomía es un derecho de los enfermos que el médico debe respetar. Evitar el paternalismo tradicional no debe conducir al abandono del paciente en la toma de decisiones, que ha de realizarse en el contexto de una relación clínica cooperativa. No debemos olvidar que el derecho del enfermo a recibir información clara y comprensible de su situación tiene excepciones, como, por ejemplo, cuando el enfermo renuncia al derecho a ser informado o cuando el médico, dadas las circunstancias personales del paciente, considera que le puede hacer más daño que beneficio. No tener en cuenta estos aspectos puede conducir a la «obstinación informativa» altamente indeseable por el daño que puede ocasionar<sup>5</sup>.

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.

Tipos de consentimiento:

Consentimiento explícito: otorgado por el paciente. Esta decisión, por su trascendencia, necesita un máximo de garantías de que responde a la voluntad y al mundo de los valores del paciente.

Consentimiento implícito: solo aplicable de forma excepcional y si se ha estimado que el riesgo de shock emocional para el paciente supera las ventajas. No debe estar basado en las suposiciones del personal sanitario, considerando al paciente como un niño incapaz de tomar decisiones importantes.

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

Una situación crítica que hay que resolver con urgencia, con gran compromiso vital (asfixia, hemorragia): en este caso procede actuar cuanto antes. Si se estima conveniente se puede ofrecer al paciente una información básica y sencilla intentando no aumentar la angustia generada por la propia situación clínica, valorando si es posible la obtención del mismo o utilizando el consentimiento implícito.

La presencia de uno o varios síntomas refractarios que van consolidándose con el paso del tiempo. En este caso, lo correcto es hacer una planificación anticipada de los cuidados, proponiendo con mucha delicadeza la sedación como una de las opciones si fallan las demás. Puede obtenerse así un consentimiento, explícito al menos verbalmente, y dejar anotado dicho consentimiento en la historia clínica.

Cualquiera de las situaciones descritas en los dos puntos anteriores en un paciente que no tiene capacidad para decidir por hallarse incapacitado legalmente o por tener alterada su capacidad de juicio. Se explica la situación al familiar de referencia y se obtiene su consentimiento.

#### PROCEDIMIENTO PARA LA SEDACIÓN

Los fármacos de elección en la sedación paliativa son [2,5](#):

Benzodiazepinas (midazolam).

Neurolépticos sedativos (clorpromazina o levomepromazina).

Anticonvulsivantes (fenobarbital).

Anestésicos (propofol).

Utilizaremos como guía la escala de sedación ([figura 1](#)):

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

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

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



Figura 1. Escalera de sedación.

#### SEDACIÓN CON MIDAZOLAM POR VÍA SUBCUTÁNEA

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

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

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

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

Las dosis de rescate serán de aproximadamente 1/6 de la dosis total diaria, y se podrán seguir utilizando durante todo el procedimiento de la sedación[2,5,7](#).

Se aconseja proporcionar al cuidador principal las dosis de rescate cargadas en el domicilio, y entrenar a este para administrarlas. Para ello se puede utilizar jeringas de 10 cm<sup>3</sup>, cargando los miligramos de cada dosis de rescate por cada 1 cm<sup>3</sup>; de esta manera tendrán 10 rescates.

Ejemplo:

Paciente que precisa dos bolos de 2,5 mg para alcanzar el nivel de sedación adecuado. Su dosis de inducción será 5 mg.

Tras 24 h, además de 5 mg cada 4 h, ha precisado dos bolos extras de 2,5 mg. La dosis total de infusión continua será: (5 mg x 6) + 2,5 mg + 2,5 mg = 35 mg.

La dosis de rescate, 1/6 de la dosis de infusión, serían 6 mg aproximadamente.

#### SEDACIÓN CON MIDAZOLAM POR VÍA ENDOVENOSA

De utilización en el ámbito hospitalario. En este caso la dosis de inducción se calcula administrando entre 1,5 y 3,5 mg en bolo lento[5](#), repitiendo la dosis cada 5 min hasta alcanzar el nivel de sedación mínimo con el que se logre el control del síntoma refractario. La suma de las dosis que han sido necesarias se denomina dosis de inducción. Dicha dosis de inducción, multiplicada por seis, será la dosis a administrar en infusión continua durante las siguientes 24 h. Las dosis de rescate serán las mismas que la dosis de inducción y se añadirán tantas veces como sean precisas.

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

#### SEDACIÓN CON LEVOMEPRMACINA POR VÍA SUBCUTÁNEA

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

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

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

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

#### SEDACIÓN CON CLOPROMACINA POR VÍA ENDOVENOSA

De utilización en ámbito hospitalario.

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

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

Está contraindicada la administración de clorpromacina por vía subcutánea.

#### SEDACIÓN CON FENOBARBITAL POR VÍA SUBCUTÁNEA

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

Al iniciar la inducción con fenobarbital, hay que suspender el tratamiento con benzodiazepinas y neurolépticos<sup>2,5</sup> y reducir el tratamiento opioide al menos a la mitad de la dosis.

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

#### SEDACIÓN CON PROPOFOL POR VÍA ENDOVENOSA

Siempre se llevará a cabo en el ámbito hospitalario.

Se administrará sin diluir, en solución al 1% (10 mg/mL) y a través de una bomba de perfusión endovenosa. Generalmente, se comenzará con una dosis de 0,5-1 mg/kg/h intravenosa. Si es necesario, se incrementará 0,25-0,5 mg/kg/h cada 5-10 min hasta alcanzar el nivel de sedación adecuado. Al inducir la sedación, se retirarán las benzodiazepinas y los neurolépticos, así como se reducirá la dosis de opioide a la mitad<sup>2</sup>.

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

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

#### EVALUACIÓN DE LA SEDACIÓN

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

El grado de confort del paciente (el objetivo de la sedación es que el paciente esté tranquilo y asintomático, no necesariamente profundamente dormido).

La frecuencia respiratoria, para alertarnos en caso de que exista una depresión del centro respiratorio.

La reacción y estado emocional de la familia. Proporcionar siempre: presencia, comprensión, privacidad y disponibilidad.

Tabla 2. Escala de evaluación de la sedación de Ramsay.

1 Ansioso, agitado, incontrolable

---

2 Ojos abiertos, colaborador, orientado, tranquilo

---

3 Ojos cerrados, responde a órdenes y a mínimos estímulos

---

4 Dormido, responde rápidamente a estímulos lumínicos o auditivos

---

5 Responde a estímulos importantes (aspiración traqueal)

---

6 No responde a estímulos

---

## SEDACIÓN PALIATIVA

En este artículo se habla sobre la sedación paliativa y lo importante que es en nuestra sociedad, existe una creciente demanda de atención sanitaria de calidad que asegure a los pacientes una vida y una muerte dignas, minimizando el sufrimiento innecesario. Muchos pacientes al final de sus vidas experimentan un dolor intenso. Aunque los profesionales de la salud generalmente logran mitigar este sufrimiento, en ocasiones persiste de forma insoportable para el paciente, a pesar de los esfuerzos adecuados del personal médico. Para abordar este sufrimiento extremo, existe una práctica médica efectiva conocida como sedación al final de la vida o sedación en la agonía. Este enfoque busca aliviar el sufrimiento del paciente mediante la reducción controlada de su nivel de conciencia, manteniendo esta situación hasta el fallecimiento del paciente. Es importante destacar que esta sedación se realiza de manera proporcionada y bajo estrictos criterios médicos y éticos, con el objetivo de mejorar la calidad de vida en los momentos finales del paciente. Esta práctica médica es una herramienta crucial para garantizar que los pacientes terminales puedan enfrentar su final de manera más confortable y libre de dolor, respetando siempre sus derechos y dignidad hasta el último momento de sus vidas.

La sedación paliativa consiste en reducir deliberadamente el nivel de conciencia de un paciente, tras obtener su consentimiento, mediante la administración de fármacos en dosis adecuadas. Este procedimiento tiene como objetivo aliviar el sufrimiento insoportable causado por síntomas que no responden a tratamientos convencionales, denominados síntomas refractarios. Es crucial que la disminución de la conciencia sea proporcional, es decir, solo lo suficiente para aliviar el sufrimiento y nunca más allá de lo necesario. Estudios retrospectivos no han demostrado que la sedación proporcional acorte la vida de los pacientes terminales. Es importante distinguir entre síntomas refractarios y difíciles, ya que estos últimos pueden ser controlados con la experiencia adecuada sin comprometer la conciencia del paciente.

La sedación paliativa se puede clasificar temporalmente en continua, sin períodos de alerta, y intermitente, que permite momentos de alerta. Según su intensidad, puede ser profunda, donde el paciente no puede comunicarse, o superficial, permitiendo la comunicación intermitente. La sedación paliativa en la agonía se aplica específicamente en los últimos días u horas de vida del paciente para aliviar sufrimientos físicos o psicológicos que no han respondido a otros tratamientos.

### Indicaciones de la sedación paliativa

Para que la sedación paliativa sea ética y legalmente adecuada, deben cumplirse varias condiciones:

1. Se aplica ante síntomas refractarios, no simplemente difíciles de controlar.
2. El paciente debe tener una enfermedad avanzada en fase terminal.
3. No deben existir posibilidades razonables de otro tratamiento para controlar el síntoma, ya sea por decisión médica de adecuación del esfuerzo terapéutico, por rechazo del paciente o por falta de disponibilidad de otros tratamientos.
4. La sedación no debe ser instaurada para aliviar la pena de los familiares o la carga laboral del personal médico.
5. Debe documentarse en la historia clínica la etiología del síntoma, los tratamientos previos y la resistencia a estos.
6. Se requiere evaluación interdisciplinaria para tomar la decisión.
7. La intención debe ser aliviar el sufrimiento del paciente, utilizando dosis adecuadas y proporcionadas de fármacos, ajustando la dosis al nivel de conciencia deseado, asegurando la reversibilidad y utilizando medicamentos de rápida metabolización y vida media.

Además, es fundamental obtener siempre el consentimiento informado del paciente.

## El consentimiento en la sedación paliativa

La Ley 41/2002, que regula la Autonomía del Paciente, establece que todo paciente tiene derecho a recibir información clara y comprensible sobre su enfermedad y los tratamientos propuestos, así como el derecho a no ser informado si así lo desea. El consentimiento informado se define como la conformidad libre, voluntaria y consciente del paciente, expresada después de recibir la información adecuada. Este proceso respeta la autonomía del paciente y promueve una relación clínica cooperativa, evitando el paternalismo médico.

En situaciones al final de la vida, no se requiere la firma formal de un documento de consentimiento para la sedación paliativa, pero es esencial que el proceso de toma de decisiones quede registrado detalladamente en la historia clínica del paciente.

El consentimiento debe cumplir con ciertos requisitos:

1. Voluntariedad: El paciente debe decidir libremente, sin coerción ni manipulación.
2. Información: Debe ser comprensible e incluir el objetivo del tratamiento, el procedimiento, los beneficios y riesgos, así como la posibilidad de rechazar el tratamiento en cualquier momento.
3. Comprensión: El paciente debe ser capaz de entender la información que recibe.

Existen dos tipos de consentimiento:

- Explícito: Otorgado directamente por el paciente, con garantías de que refleja su voluntad y valores.
- Implícito: Aplicable excepcionalmente en situaciones urgentes donde el riesgo de shock emocional para el paciente es alto.

En el contexto de la sedación paliativa, se pueden identificar tres situaciones:

1. Urgencia vital: Cuando se requiere una acción inmediata (como en casos de asfixia o hemorragia grave), se puede proporcionar información básica al paciente si es posible, priorizando la intervención urgente
2. Síntomas refractarios progresivos: Ante síntomas persistentes que no responden a tratamientos convencionales, se debe planificar cuidadosamente e informar al paciente sobre la sedación como opción alternativa si fallan otros enfoques. Se busca obtener un consentimiento explícito, al menos verbalmente, registrado en la historia clínica.
3. Paciente incapacitado: En casos donde el paciente no puede decidir por sí mismo, debido a incapacidad legal o alteración de juicio, se explica la situación al familiar designado y se obtiene su consentimiento.

Estos procesos garantizan que la sedación paliativa se administre de manera ética y respetuosa con los derechos del paciente, asegurando siempre que se busque el alivio del sufrimiento terminal de manera adecuada y conforme a la ley.

## Procedimiento para la sedación

En la sedación paliativa, los fármacos más utilizados son:

**Benzodiazepinas:** Como el midazolam, que suele ser la primera opción. En casos de delirio refractario, se prefiere la levomepromazina.

**Neurolépticos sedativos:** Como la clorpromazina o la levomepromazina.

**Anticonvulsivantes:** Como el fenobarbital

**Anestésicos:** Como el Propofol.

Se sigue una guía de escalones para la administración de estos fármacos:

Se tiene como primer escalón: el midazolam como primera opción. En casos de delirio refractario, se prefiere levomepromazina o clorpromazina, segundo escalón se puede combinar midazolam con levomepromazina o clorpromazina, administrados de forma intravenosa. Y por último escalón se prescribe fenobarbital si el paciente está en su domicilio, o propofol si permanece en el hospital.

Estas escalas guían el uso de medicamentos para asegurar una sedación efectiva y adecuada a las necesidades del paciente terminal, ajustando las opciones según el contexto clínico y la respuesta del paciente a los tratamientos previos.

## CONCLUSIÓN

En conclusión, la sedación paliativa es una práctica médica ética y legalmente respaldada para aliviar el sufrimiento terminal de pacientes con enfermedades avanzadas. Se utiliza cuando otros tratamientos no logran controlar síntomas refractarios y se realiza con el consentimiento informado del paciente o su representante legal. La Ley 41/2002 garantiza el derecho del paciente a recibir información clara y comprensible sobre su enfermedad y tratamientos, así como el derecho a decidir sobre su atención médica.

Los fármacos utilizados incluyen benzodiazepinas como el midazolam, neurolepticos sedativos como la clorpromazina o levomepromazina, anticonvulsivantes como el fenobarbital, y anestésicos como el propofol. Estos se administran siguiendo una guía de escalones para asegurar un nivel adecuado de sedación según la necesidad del paciente.

Es fundamental que la sedación paliativa se practique de manera proporcional y reversible, con el objetivo claro de aliviar el sufrimiento sin acortar intencionadamente la vida del paciente. Además, debe documentarse adecuadamente en la historia clínica, asegurando una evaluación interdisciplinaria y respetando siempre la autonomía y dignidad del paciente. La sedación paliativa es una herramienta esencial en la atención médica al final de la vida, garantizando confort y calidad de vida en los momentos más difíciles, con un enfoque humano y ético centrado en el bienestar del paciente.

**María del Carmen Dubón-Peniche<sup>1</sup> \***

**Luis E. Bustamante-Leija<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Dirección Médica, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Ciudad de México, México

<sup>2</sup>Dirección General de Arbitraje, Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Ciudad de México, México

ARTICULO ORIGINAL: [Entre la enfermedad y la muerte: «Eutanasia» \(scielo.org.mx\)](http://scielo.org.mx)

## INTRODUCCIÓN

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

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

La Ley General de Salud, en su Título IV «Pérdida de la Vida», dispone como criterios para la determinación legal de la muerte los siguientes<sup>1</sup>:

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

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

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

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

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

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

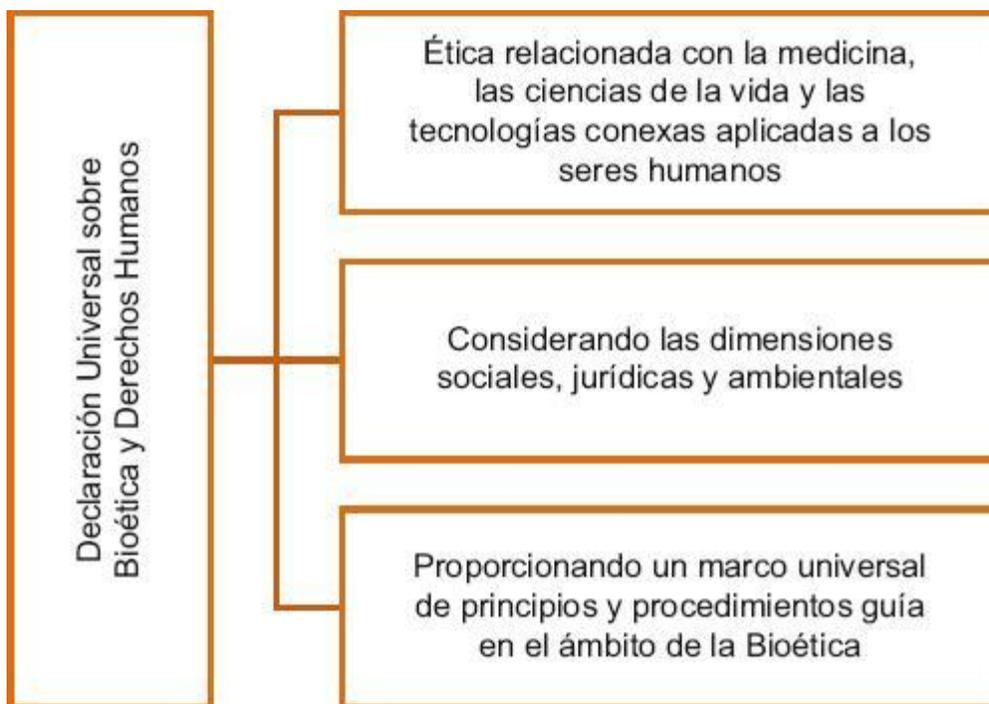
La muerte es uno de los acontecimientos más trascendentes, ya que significa el final de un cuerpo vivo, y mientras que para algunas personas representa el fin de su existencia, para otras es el comienzo de la vida eterna<sup>2</sup>. Es un hecho inherente a todos los seres vivos, y de manera particular en las personas su abordaje es complejo y supone las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que ocurre<sup>3</sup>. Una forma de catalogar la muerte es por su causa (enfermedad, accidente, suicidio, homicidio, etc.), lo cual determina las posibilidades de intervención médica.

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

- *La relación que cada uno de nosotros establece con la muerte se teje en el plano más íntimo, a través de la conciencia personal, matizada por la época, las creencias y los conocimientos, y en base a ello cada cual vuelve la vista para buscar un sentido a su propia muerte<sup>4</sup>.*

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

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



**Figura 1** Declaración universal sobre bioética y derechos humanos (adaptada de: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura<sup>5</sup>).

Existen diferentes perspectivas para situar el análisis de la eutanasia, el cual invariablemente debe reconocer sus consecuencias en el Derecho positivo. El campo de intervención de la bioética es amplio, pues sustenta su reflexión con la filosofía, la medicina, el derecho y la sociología, entre otras disciplinas. Dada la complejidad de su objeto, enlaza e integra distintos conocimientos a fin de responder ante diferentes argumentos y posturas que van surgiendo con los avances científicos y tecnológicos, los cuales en las ciencias médicas han representado la posibilidad de transformar el proceso salud-enfermedad en las personas, generando mayores expectativas en cuanto a la prolongación de la vida, y de manera especial en pacientes en estado grave, crítico o terminal.

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

La bioética exige de la sociedad la necesidad de deliberar sobre los problemas relacionados con el medio ambiente, la vida y el cuerpo de las personas, así como la responsabilidad con las futuras generaciones, entre otros aspectos<sup>6</sup>.

Históricamente, la relación médico-paciente ha sido el elemento central de la ética médica, pues es a partir de esta relación que adquieren sentido los procesos de atención médica. En ese orden de ideas, es necesario reflexionar sobre un tema tan polémico al orientar la atención: saber advertir la línea de demarcación que permite distinguir lo permisible de lo no permisible<sup>7</sup>. En efecto, la decisión en cuanto a la indicación, la realización o la suspensión de procedimientos diagnóstico-terapéuticos en pacientes con enfermedad terminal no es fácil, y en este campo surge el apoyo de los Comités Intrahospitalarios de Bioética, los cuales entre sus objetivos contemplan asesorar al personal de salud y los usuarios en relación con los problemas y los dilemas bioéticos que surgen en la prestación de servicios de atención médica y docencia en salud, desde una perspectiva laica y científica<sup>8</sup>.

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

## **Eutanasia, concepto y términos relacionados**

La Organización Mundial de la Salud refiere que las definiciones de la eutanasia no son precisas y pueden variar de una persona a otra, pero con algunos elementos en común. La mayoría de los comentaristas limitan su descripción a la eutanasia directa o activa, que se puede dividir en tres categorías: 1) el homicidio intencional de quienes han expresado su deseo competente y libre; 2) el suicidio profesionalmente asistido; y 3) el homicidio intencional de los recién nacidos que tienen anomalías congénitas que pueden o no amenazar la vida, a menudo por retención de alimento. El término eutanasia pasiva es engañoso e inexacto; se refiere a prácticas en pacientes moribundos, como son el retiro del tratamiento que ha demostrado ser de ningún beneficio, o bien no iniciar un tratamiento que se considere de ningún beneficio, y la aplicación vigorosa de tratamiento para el dolor, aunque esto posiblemente pueda acortar la vida. Ya que estas decisiones se pueden hacer cerca del final de la vida, la muerte puede seguir pronto, pero no invariablemente, y se han etiquetado estas prácticas como eutanasia<sup>9</sup>.

Para la Asociación Médica Mundial, la eutanasia es considerada como la realización de forma intencional y con conocimiento de un acto con la clara intención de poner término a la vida de otra persona, siempre y cuando esta sea competente, se encuentre informada del estado incurable de su enfermedad y haya pedido voluntariamente terminar con su vida<sup>10</sup>.

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

Etimológicamente, «eutanasia» es una palabra que deriva de sus raíces griegas, *eu* (bueno) y *thanatos* (muerte), y significa buena muerte o bien morir. Lo contrario de la eutanasia es la distanasia (obstinación terapéutica o ensañamiento terapéutico), por sus raíces griegas *dis* (mal, algo mal hecho) y *thanatos* (muerte), y consiste en retrasar el acontecimiento de la muerte todo lo posible aunque no exista esperanza alguna de curación, sin tomar en cuenta la calidad de vida del enfermo; es decir, se trata de la prolongación de la agonía, el sufrimiento y la muerte de un paciente<sup>12</sup>. La obstinación terapéutica no es otra cosa más que la adopción de medidas desproporcionadas o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía<sup>13</sup>.

La ortotanasia se refiere a permitir que la muerte ocurra en su tiempo cierto, «cuando deba ocurrir», y los profesionales de la salud están capacitados para otorgar al paciente todos los cuidados y tratamientos para disminuir el sufrimiento sin alterar el curso de la enfermedad ni, por ende, el curso de la muerte. Existe también la limitación del esfuerzo terapéutico, consistente en retirar o no iniciar medidas terapéuticas porque los profesionales de la salud estiman que en la situación concreta del paciente son inútiles, ya que solo conseguirían prolongarle la vida sin posibilidad de brindarle una recuperación funcional con una calidad de vida mínima. La omisión o el retiro de los medios extraordinarios también se ha denominado adistanasia<sup>14</sup>.

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

En cuanto a su clasificación, la eutanasia ha sido catalogada según su género, surgiendo así una variedad de categorías, entre las que destacan<sup>15-18</sup>:

- – Por su finalidad:

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

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

- – Por la intención:
  - – Directa: provocación de la muerte inmediata y de manera deliberada con medios certeros.
  - – Indirecta o lenitiva: acción u omisión que indirectamente (por efecto secundario) provoca la muerte.
  - – Por el contenido volitivo:
    - – Voluntaria: se realiza a petición del paciente con su consentimiento informado, expreso y consciente.
- – No voluntaria, que contempla dos argumentos:
  - – Muerte del paciente que no es capaz de entender la opción entre la vida y la muerte.
  - – Se impone a un paciente en contra de su voluntad, contraviniendo sus propios deseos.

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

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

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

## **Medicina paliativa**

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

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

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

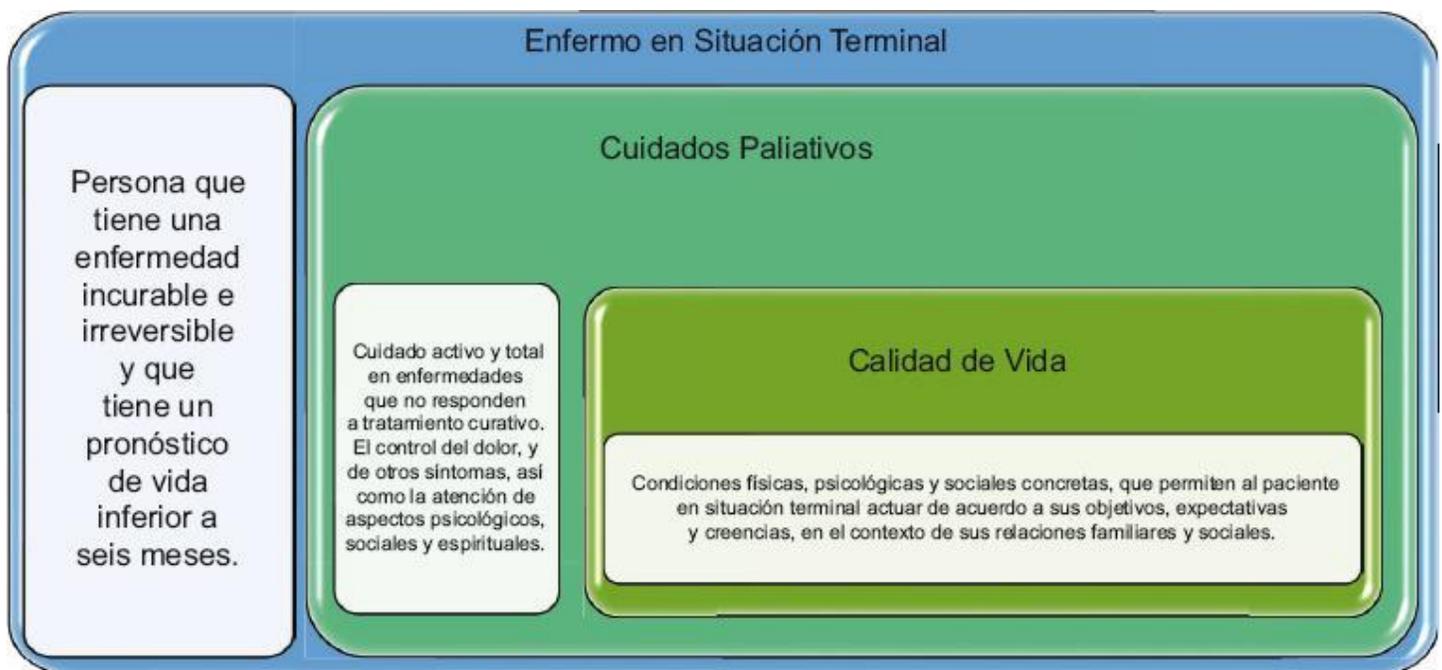
Un paciente susceptible de recibir cuidados paliativos es aquel que cursa con una enfermedad o situación avanzada, crónica, incurable, que puede incluir trastornos infecciosos, traumáticos, metabólicos, degenerativos u oncológicos, entre otros, con independencia del pronóstico del tiempo de sobrevida<sup>19</sup>. Sin embargo, los cuidados paliativos no deben reservarse solo para la última etapa de la vida, sino que deben aplicarse de manera conjunta al tratamiento que intenta modificar la enfermedad e incrementarse a medida que el paciente se acerca al final de la vida. Los cuidados paliativos también deben ser extensivos a la familia, incluso aún después de la muerte del paciente<sup>20</sup>.

Todos los pacientes sin expectativa curativa deben tener acceso a un nivel básico de cuidados paliativos. Se considera paciente terminal aquel que presenta una enfermedad avanzada, progresiva, incurable, con síntomas intensos, múltiples, multifactoriales, sin posibilidad de reaccionar positivamente a un tratamiento curativo, con amplias posibilidades de que le sobrevenga la muerte a causa de ese padecimiento. El paciente en situación terminal tiene derecho a recibir atención médica integral, así como a optar por recibir cuidados paliativos en su domicilio. En efecto, la autonomía es un principio fundamental de la bioética, y se refiere a la capacidad de realizar actos con conocimiento de causa, con información suficiente y sin coacción interna ni externa; es decir, la autonomía reconoce que la persona enferma tiene derecho a decidir libremente, después de haber recibido la información apropiada, entre las opciones clínicas disponibles, y reconoce también el derecho a negarse al tratamiento<sup>19</sup>.

El médico debe iniciar los cuidados paliativos en el momento en que se diagnostique el estado terminal y se informe al enfermo de las opciones, respetando su decisión y solicitando su consentimiento informado por escrito. Al respecto, el artículo 166 bis de la Ley General de Salud dispone lo siguiente<sup>21</sup>:

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

Cabe mencionar que la calidad de vida se refiere a las condiciones físicas, psicológicas y sociales concretas que permiten al paciente en situación terminal actuar de acuerdo con sus objetivos, expectativas y creencias, en el contexto de sus relaciones familiares y sociales<sup>13</sup> ([Fig. 2](#)).



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

Al hablar de cuidados paliativos, debe especificarse la distinción entre medidas ordinarias y extraordinarias. Las medidas ordinarias son las proporcionadas a las condiciones del enfermo, como el acompañamiento, la comunicación, la hidratación, la alimentación, los cambios de posición, el aseo y la curación de las heridas, así como los procedimientos y los medicamentos administrados para mitigar el dolor o suprimir síntomas molestos como náuseas, vómitos, mareos e insomnio, todo ello para disminuir el sufrimiento, con lo que se pretende que el paciente este más cómodo y tenga una mejor calidad de vida. Las medidas extraordinarias o desproporcionadas a las condiciones del enfermo no están indicadas en quienes, por lo avanzado de su enfermedad, complicaciones graves y falta de respuesta al tratamiento, el pronóstico es fatal a corto o mediano plazo; entre ellas se pueden mencionar el soporte respiratorio, los estudios diagnósticos invasivos, la cirugía, los antibióticos, la nutrición parenteral y las drogas vasoactivas, y lo mismo puede decirse de la quimioterapia y la radioterapia, que dan lugar a molestias y efectos indeseables. En este orden de ideas, es indudable que a los avances científicos y tecnológicos que han salvado muchas vidas y curado muchas enfermedades se ha sumado la medicina paliativa, la cual no es contraria a dichos avances, pero pugna por su adecuado uso, con un sentido humanista en el que prevalece el respeto a la voluntad y la autonomía del enfermo. El equipo de medicina paliativa interviene y acompaña al enfermo desde el momento inicial, durante toda la evolución de la enfermedad y el proceso diagnóstico y terapéutico, tiempo en que se fortalece la relación del médico con el paciente y la familia<sup>22</sup>.

## La eutanasia en distintos países

La eutanasia ha sido manejada esencialmente por dos corrientes filosóficas fundamentadas en la ciencia y la religión, basándose en conocimientos y creencias socialmente desarrolladas, invocando la dignidad humana tanto para defenderla como para rechazarla. Para sus defensores, la dignidad humana del enfermo consiste en el derecho a elegir de manera libre el momento de su muerte. Para sus detractores, la dignidad humana es oponerse a este derecho por considerarlo una arbitrariedad frente a un asunto exclusivamente de orden divino, para algunos, o científico-legal para otros<sup>23</sup>.

Holanda fue el primer país en permitir la eutanasia con la aprobación de la Ley de comprobación de la terminación de la vida a petición propia y de auxilio al suicidio, en la cual se estipulan las condiciones del procedimiento que debe seguirse para que pueda llevarse a cabo<sup>24</sup>. Por su parte, Bélgica aprobó la Ley de muerte digna y eutanasia, la cual dispone que el paciente debe cumplir varios requisitos en su solicitud, ya que debe ser voluntaria, reflexionada y reiterada con certificación de varios médicos, quienes deben obtener la aprobación de una Comisión Federal Médica. Posteriormente, Luxemburgo aprobó la Ley sobre el derecho a una muerte digna.

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

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

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

- *Artículo 312.- El que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años.*
- *Artículo 313.- Si el occiso o suicida fuere menor de edad o padeciere alguna de las formas de enajenación mental, se aplicarán al homicida o instigador las sanciones señaladas al homicidio calificado o a las lesiones calificadas<sup>25</sup>.*

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

enfermo en etapa terminal, consistente en el otorgamiento del tratamiento de los cuidados paliativos, protegiendo en todo momento su dignidad.

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

Entre los argumentos de quienes se oponen a la eutanasia, uno de los más fuertes consiste en que legalizar la eutanasia llevaría de manera inevitable a abusos en el sentido de terminar con la vida de enfermos sin que ellos lo soliciten, ya sea por decisión del médico, de la familia o de ambos<sup>26</sup>.

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

## **Reflexiones finales**

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

El tema es muy sensible y trascendente para suscitar un amplio debate, tanto en el plano ético como en el legal, que involucre no solo a la comunidad científica, sino que también exprese el sentir de la sociedad, tanto en el ámbito nacional como en el internacional, con argumentos fundamentales, referentes a la defensa de la dignidad humana y la preocupación para que el ejercicio de la medicina mantenga el sentido humanista que la ha caracterizado. Dentro de su labor cotidiana, los prestadores de servicios de atención médica se enfrentan al fenómeno de la muerte, para lo cual deben ser capaces de realizar un análisis crítico y elegir la mejor opción para el enfermo y su familia, distinguiendo claramente entre prolongar la vida y prolongar la muerte.

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

## EUTANASIA

El tema de la eutanasia está profundamente ligado al concepto de muerte y a sus diferentes dimensiones. Desde una perspectiva biológica, la muerte se define como la cesación irreversible de las funciones orgánicas de un ser vivo, más allá de las cuales no es posible su recuperación. En el ámbito jurídico, la muerte extingue la personalidad de la persona en las relaciones legales, mientras que en medicina legal, el diagnóstico de muerte se basa en la abolición definitiva, irreversible y permanente de las funciones vitales del organismo.

Uno de los principales desafíos que surgen es la determinación legal de la muerte y los criterios para certificarla. Según la Ley General de Salud, en su Título IV "Pérdida de la Vida", se establece que la muerte puede ser determinada por muerte encefálica o por paro cardíaco irreversible. La muerte encefálica se caracteriza por la ausencia permanente de conciencia, de respiración espontánea y de reflejos del tallo cerebral, que deben ser confirmados mediante pruebas específicas como electroencefalogramas que demuestren la ausencia total de actividad eléctrica cerebral. La muerte, siendo un evento trascendental, marca el fin de la vida de un cuerpo vivo. Mientras algunos individuos pueden verla como el final de la existencia, para otros puede significar el inicio de una vida eterna.

La muerte puede clasificarse según sus causas (enfermedad, accidente, suicidio, homicidio, etc.), lo cual influye en las decisiones médicas y éticas que rodean su manejo. En el contexto de la eutanasia, este marco legal y ético de la muerte es crucial. La discusión sobre la eutanasia involucra consideraciones profundas sobre la dignidad del individuo, la autonomía personal, y los límites éticos y legales de intervenir en el proceso de la muerte.

El análisis de la eutanasia se sitúa en diferentes perspectivas que reconocen sus consecuencias dentro del Derecho positivo. La bioética juega un papel crucial al integrar filosofía, medicina, derecho y sociología para abordar estos temas complejos. Con el avance científico y tecnológico, especialmente en medicina, se plantea la prolongación de la vida y la atención a pacientes en estados críticos o terminales. Sin embargo, no todo lo posible técnicamente es ética o legalmente justificable.

La bioética demanda que la sociedad delibere sobre temas ambientales, la vida humana y la responsabilidad hacia las futuras generaciones. La relación médico-paciente ha sido fundamental en ética médica, ya que guía los procesos de atención. Es crucial discernir la línea entre lo permisible y lo no permisible en decisiones como la indicación, realización o suspensión de procedimientos médicos en pacientes terminales.

Los Comités Intrahospitalarios de Bioética asesoran sobre dilemas éticos en la atención médica, promoviendo una perspectiva laica y científica. Es esencial alcanzar claridad conceptual para abordar los conflictos de valores que surgen diariamente en la práctica médica frente a las enfermedades y tratamientos de los pacientes.

#### Eutanasia concepto y términos relacionados

La eutanasia presenta diversas definiciones que pueden variar, pero generalmente se centran en la terminación intencional de la vida para evitar sufrimientos, con o sin el consentimiento del paciente. La Organización Mundial de la Salud distingue la eutanasia directa activa en formas como el homicidio de personas que han expresado su deseo, el suicidio asistido por profesionales, y la muerte intencional de recién nacidos con anomalías. En contraste, la eutanasia pasiva incluye la omisión de tratamientos inútiles o el retiro de los mismos, aunque puede acortar la vida al tratar el dolor intensamente. La Asociación Médica Mundial define la eutanasia como la acción deliberada para poner fin a la vida de un paciente informado y competente, que ha solicitado voluntariamente terminar con su vida debido a una enfermedad incurable.

Etimológicamente, "eutanasia" proviene del griego "eu" (bueno) y "thanatos" (muerte), significando una "buena muerte". En contraposición, la "distanasia" representa la obstinación terapéutica, prolongando la agonía y el sufrimiento sin esperanza de curación, mientras que la "ortotanasia" permite que la muerte ocurra naturalmente y brinda cuidados paliativos para reducir el sufrimiento sin alterar el curso de la enfermedad. Por otro lado, el suicidio es la acción voluntaria de terminar con la propia vida, mientras que el suicidio asistido implica que un tercero facilite los medios para que el paciente se quite la vida por sí mismo.

La eutanasia se clasifica en varias categorías según diferentes criterios:

1 Por su finalidad:

Eugenésica: Dirigida a personas deformes o enfermas para evitar supuestamente la degeneración de la raza.

Económica: Eliminación de enfermos incurables, discapacitados o ancianos para reducir costos económicos y asistenciales.

Piadosa: Motivada por compasión hacia personas que sufren gravemente sin esperanza de recuperación.

Solidaria: Procede con el fin de utilizar los órganos o tejidos de la persona fallecida con fines terapéuticos.

## 2. Por la modalidad de acción:

Activa: Provocada por la acción positiva de un médico o personal de salud a solicitud del paciente terminal.

Pasiva: Se produce por la omisión de tratamientos necesarios o interrupción de terapias para no prolongar el sufrimiento de un enfermo terminal. Actualmente se prefiere el término "limitación del esfuerzo terapéutico".

## 3. Por la intención:

Directa: La muerte se provoca de manera deliberada con medios certeros.

Indirecta o lenitiva: La muerte se produce de manera indirecta como efecto secundario de una acción u omisión.

## 4. Por el contenido volitivo:

Voluntaria: Se realiza con el consentimiento informado, explícito y consciente del paciente.

No voluntaria: Se lleva a cabo en pacientes que no pueden expresar su voluntad (como en casos de incapacidad mental grave) o en contra de su voluntad, lo que genera debate sobre si constituye un homicidio.

## 5. Por la autoría:

Heterónoma: Intervienen terceras personas en la decisión de terminar con la vida del paciente.

Autónoma: El propio paciente toma la decisión de poner fin a su vida (suicidio).

Estas clasificaciones reflejan distintos contextos y matices éticos, legales y médicos en torno a la eutanasia, pero todas convergen en el objetivo común de poner fin a la vida de una persona por diversas razones y circunstancias.

## CONCLUSIÓN

En conclusión, el tema de la eutanasia es complejo y multifacético, abordado desde diferentes perspectivas éticas, médicas, legales y sociales. Las definiciones varían ampliamente y se clasifican según diversos criterios como la finalidad, la modalidad de acción, la intención, el contenido volitivo y la autoría.

La eutanasia plantea dilemas éticos profundos, especialmente en términos de autonomía del paciente, la calidad de vida, el alivio del sufrimiento y los límites del derecho a morir dignamente. Las discusiones sobre eutanasia activa y pasiva, así como sobre la eutanasia voluntaria y no voluntaria, reflejan las complejidades de garantizar el respeto por la vida humana y la dignidad en situaciones de enfermedad terminal o sufrimiento insoportable. Las diferentes posturas y legislaciones a nivel mundial evidencian la necesidad de un diálogo continuo y reflexivo, guiado por principios éticos y valores fundamentales, para encontrar un equilibrio entre el derecho individual a decidir sobre la propia muerte y la protección de los derechos y deberes de la sociedad y los profesionales de la salud. En última instancia, la discusión sobre la eutanasia sigue siendo crucial para determinar cómo podemos manejar humanamente el final de la vida, respetando la dignidad y los derechos de todos los involucrados en estos delicados dilemas éticos y médicos.