



Mi Universidad

EUTANACIA Y SEDACION PALIATIVA

Freddy Ignacio Lopez Gutierrez.

Resumen de artículos de eutanasia y sedación paliativa.

4to parcial

Medicina Paliativa.

Dr. Agenor Abarca Espinoza.

Licenciatura en medicina humana

6to semestre Grupo C

Comitán de Domínguez, 17 de junio del 2024.

RESUMEN de Eutanasia

Para abordar el tema de la eutanasia, es crucial discutir la muerte. Biológicamente, la muerte implica el cese de las funciones orgánicas de un ser vivo, tras lo cual no es posible la revivificación. Legalmente, la muerte extingue la personalidad jurídica, y en medicina legal se diagnostica mediante la abolición irreversible de las funciones vitales.

El primer problema relacionado con la eutanasia es la determinación legal de la muerte, sus causas y la certificación de la defunción, ya que estos aspectos son de interés público y de salud general. La Ley General de Salud de México define la pérdida de vida mediante dos criterios: la muerte encefálica y el paro cardíaco irreversible. La muerte encefálica se determina por la ausencia permanente de conciencia, respiración espontánea y reflejos del tallo cerebral, descartando intoxicación aguda.

La verificación de la muerte encefálica requiere pruebas como un electroencefalograma que demuestre la ausencia de actividad eléctrica o estudios que evidencien la falta de flujo encefálico arterial.

La muerte, como final de un ser vivo, puede representar el fin de la existencia para algunos o el comienzo de una vida eterna para otros. Su abordaje es complejo y depende de las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que ocurre. La causa de la muerte (enfermedad, accidente, suicidio, homicidio, etc.) influye en las posibilidades de intervención médica.

Cada individuo tiene una relación íntima con la muerte, influenciada por su conciencia personal, época, creencias y conocimientos. La búsqueda de un sentido a la propia muerte varía según estas influencias.

Los avances científicos y tecnológicos en medicina han generado diversos enfoques éticos sobre la eutanasia, que deben considerarse respetando la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales.

La vida es un derecho universal, reconocido en constituciones y normas de diferentes países e instrumentos internacionales, como la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Convención Americana de los Derechos Humanos. El derecho internacional actúa como un promotor clave de los derechos humanos.

La eutanasia es un tema complejo que debe considerarse desde múltiples perspectivas, incluyendo las consecuencias en el Derecho positivo. La bioética, que integra conocimientos de diversas disciplinas como filosofía, medicina, derecho y sociología, es fundamental para abordar los dilemas

éticos surgidos por los avances científicos y tecnológicos en medicina, los cuales han aumentado las expectativas de prolongación de la vida, especialmente en pacientes graves o terminales.

La bioética exige deliberación sobre cuestiones relacionadas con el medio ambiente, la vida y el cuerpo humano, además de la responsabilidad hacia las futuras generaciones. La relación médico-paciente es central en la ética médica y es crucial para distinguir entre lo permisible y lo no permisible en la atención médica, especialmente en decisiones sobre procedimientos en pacientes terminales. Los Comités Intrahospitalarios de Bioética asesoran sobre estos dilemas, buscando claridad conceptual y manejando conflictos de valores.

La eutanasia, según la Organización Mundial de la Salud, puede dividirse en tres categorías: homicidio intencional de personas que lo desean, suicidio asistido profesionalmente y homicidio intencional de recién nacidos con anomalías congénitas. La eutanasia pasiva, aunque a veces etiquetada como tal, se refiere a prácticas como retirar tratamientos inútiles o aplicar tratamientos paliativos que pueden acortar la vida.

La Asociación Médica Mundial define la eutanasia como un acto intencional para terminar con la vida de una persona informada de su enfermedad incurable y que ha solicitado terminar con su vida. La Real Academia Española la describe como una acción u omisión que acelera la muerte para evitar sufrimientos, con o sin consentimiento.

La eutanasia se clasifica según su finalidad (eugenésica, económica, piadosa, solidaria), modalidad de acción (activa, pasiva), intención (directa, indirecta) y autoría (heterónoma, autónoma). También existen términos relacionados como distanasia (prolongación inútil de la vida), ortotanasia (muerte natural en su tiempo) y limitación del esfuerzo terapéutico (retirar tratamientos inútiles).

Los cuidados paliativos, que buscan mejorar la calidad de vida de pacientes y familias enfrentando enfermedades terminales, son fundamentales. En México, la Ley General de Salud permite a los pacientes mayores de edad expresar su voluntad sobre recibir o no tratamientos en situación terminal. Los cuidados paliativos se deben aplicar junto al tratamiento curativo y extenderse a la familia, respetando la autonomía del paciente.

El artículo 166 bis de la Ley General de Salud establece los derechos del paciente terminal, incluyendo garantizar una vida de calidad, una muerte digna, y distinguir entre tratamiento curativo y paliativo, y entre defensa de la vida y obstinación terapéutica. La calidad de vida del paciente terminal

es crucial y se refiere a las condiciones físicas, psicológicas y sociales que le permiten actuar según sus objetivos y creencias.

Cuidados Paliativos:

- **Medidas Ordinarias:** Son aquellas proporcionales a la condición del paciente, como la hidratación, alimentación, aseo, curación de heridas, y medicamentos para aliviar el dolor y otros síntomas. Su objetivo es mejorar la calidad de vida del paciente.
- **Medidas Extraordinarias:** Estas son desproporcionadas a la condición del paciente terminal y pueden incluir soporte respiratorio, estudios diagnósticos invasivos, cirugía, antibióticos, nutrición parenteral, quimioterapia y radioterapia, que suelen causar molestias y efectos indeseables.

La medicina paliativa promueve un uso adecuado de los avances científicos y tecnológicos, enfocándose en el respeto a la voluntad y la autonomía del paciente. El equipo de cuidados paliativos acompaña al enfermo durante toda la evolución de su enfermedad.

Eutanasia en Distintos Países:

- **Holanda:** Legalizó la eutanasia con condiciones estrictas en 2002.
- **Bélgica:** Aprobó la Ley de Muerte Digna y Eutanasia, requiriendo la aprobación de varios médicos y una Comisión Federal Médica.
- **Luxemburgo:** Legalizó la eutanasia con su Ley sobre el Derecho a una Muerte Digna.
- **Estados Unidos:** En Oregón, la eutanasia activa es legal bajo la Ley de Muerte con Dignidad.
- **Colombia:** Despenalizó la eutanasia para enfermos terminales con voluntad explícita.

Eutanasia en México: La eutanasia está penalizada en México. El Código Penal Federal castiga el auxilio o inducción al suicidio. La Ley de Voluntad Anticipada en la Ciudad de México permite a los pacientes terminales rechazar tratamientos que prolonguen innecesariamente su vida. Varias otras entidades federativas tienen leyes similares.

Reflexiones Finales: El debate sobre la eutanasia en México es complejo, involucrando aspectos éticos y legales. Es crucial encontrar soluciones adecuadas a la cultura del país y fomentar la formación bioética y la actualización continua de los profesionales de salud en estos temas. Se debe distinguir entre prolongar la vida y prolongar la muerte, siempre respetando la dignidad y autonomía del paciente.

Conclusión

La discusión sobre los cuidados paliativos y la eutanasia representa uno de los temas más complejos y sensibles en el ámbito ético, legal y médico. Los cuidados paliativos, que incluyen medidas ordinarias como el acompañamiento, la hidratación, la alimentación y la mitigación del dolor, buscan proporcionar una mejor calidad de vida a los pacientes terminales, respetando su dignidad y autonomía. Estos cuidados son esenciales para reducir el sufrimiento y mejorar el confort del paciente en sus últimos momentos.

En México, la eutanasia sigue siendo un tema controversial y penalizado, con un marco legal que permite la voluntad anticipada y cuidados paliativos pero criminaliza el auxilio o inducción al suicidio. La experiencia internacional, con ejemplos de países que han legalizado la eutanasia bajo estrictas condiciones, ofrece valiosas lecciones sobre las posibles vías y desafíos que México podría enfrentar en su propio debate.

Por otro lado, la eutanasia, definida como la acción u omisión destinada a acelerar la muerte de un paciente con su consentimiento para evitar sufrimientos, genera un debate intenso. Este debate se fundamenta en dos corrientes filosóficas principales: una basada en **el derecho del paciente a elegir libremente el momento de su muerte** y otra que defiende **la vida como un valor inviolable, ya sea desde una perspectiva religiosa o científico-legal**.

Eutanasia en Diferentes Países:

- **Holanda, Bélgica y Luxemburgo:** Estos países han legalizado la eutanasia bajo estrictas condiciones, resaltando la importancia del consentimiento informado y el diagnóstico confirmado por múltiples médicos.
- **Estados Unidos (Oregón):** La Ley de Muerte con Dignidad permite la eutanasia activa, destacando la despenalización controlada de la práctica.
- **Colombia:** Es el único país en América Latina donde la eutanasia está despenalizada para pacientes terminales que expresen su deseo de morir, protegiendo a los médicos de responsabilidades legales.

En México, la eutanasia está penalizada. El Código Penal Federal castiga el auxilio o inducción al suicidio, imponiendo penas de prisión. No obstante, la Ley de Voluntad Anticipada permite a los pacientes rechazar tratamientos

médicos que prolonguen innecesariamente su vida, protegiendo su dignidad y autonomía.

Regulación Estatal: Varias entidades federativas en México han adoptado leyes similares a la de la Ciudad de México. Estas leyes permiten a los pacientes expresar anticipadamente su voluntad respecto a los tratamientos médicos, asegurando que sus deseos sean respetados cuando ya no puedan tomar decisiones por sí mismos.

En esto tenemos que hacer un pequeño énfasis, ya que esto se puede dividir en distintos puntos los cual mencionare, y estos son:

Desafíos y Consideraciones Futuros:

Debate Ético y Legal:

- **Defensa de la Dignidad Humana:** Es crucial que el debate sobre la eutanasia y los cuidados paliativos refleje una comprensión profunda de la dignidad humana, tanto en términos de la autonomía del paciente como en el respeto a la vida.
- **Prevención de Abusos:** Un argumento fuerte contra la eutanasia es el riesgo de abusos, donde la vida de enfermos podría ser terminada sin su consentimiento, por decisión del médico o la familia.

Formación y Actualización:

- **Educación en Bioética:** Las instituciones de salud deben fomentar la formación bioética y la actualización continua en aspectos legales y éticos para los profesionales de la salud.
- **Toma de Decisiones Informadas:** Los médicos deben estar preparados para realizar análisis críticos y tomar decisiones que distingan claramente entre prolongar la vida y prolongar el sufrimiento, siempre en colaboración con el paciente y su familia.

Por ultimo:

La integración de los avances científicos y tecnológicos en la medicina debe ir acompañada de un firme compromiso con los principios éticos y humanistas. El respeto a la autonomía del paciente, la dignidad humana y el enfoque humanista son esenciales para abordar adecuadamente los desafíos que presentan los cuidados paliativos y la eutanasia. México, al igual que otros países, debe continuar el debate amplio y reflexivo,

buscando soluciones que se ajusten a su contexto cultural y social, mientras protege los derechos y la dignidad de todos los pacientes.

Resumen de Sedación Paliativa

El modelo de cuidados paliativos se enfoca en aliviar el sufrimiento de pacientes terminales y sus familias, aunque reconoce que el alivio completo del sufrimiento no siempre es posible. Este enfoque integral aborda síntomas físicos y psico-sociales complejos como la sensación de ahogo y la angustia vital ante la muerte, especialmente difíciles de tratar cuando los pacientes han desarrollado estrategias de negación o conductas regresivas. Los síntomas refractarios, que no pueden controlarse sin afectar la conciencia del paciente, a menudo requieren sedación paliativa (SP), utilizada en aproximadamente el 20-25% de los casos en cuidados paliativos, principalmente para síntomas como delirium, disnea, dolor y sufrimiento psicológico. La SP es una medida irreversible que plantea importantes consideraciones éticas y bioéticas. La investigación propuesta busca mejorar la comprensión y la calidad del proceso de toma de decisiones sobre SP en pacientes oncológicos en hospitales universitarios, con el objetivo de identificar áreas de mejora y establecer pautas claras para su aplicación.

El estudio se dividió en dos fases: un análisis descriptivo retrospectivo de historias clínicas de pacientes oncológicos fallecidos en un centro médico entre octubre y diciembre de 2010, y un estudio cualitativo tipo Delphi. Los criterios de inclusión abarcaban pacientes con cáncer fallecidos en áreas específicas del hospital, mientras que se excluyeron aquellos fallecidos en otras unidades o en domicilio. El análisis estadístico descriptivo reveló medidas centrales y proporciones.

Posteriormente, se realizó un análisis cualitativo con profesionales de oncología y cuidados paliativos, identificando áreas de mejora en el proceso de toma de decisiones y en el registro, según estándares de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos y la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos. Basándose en estos resultados, se diseñó un estudio Delphi para consensuar un conjunto mínimo de datos a registrar en historias clínicas de pacientes que requerían sedación paliativa (SP). Dos rondas Delphi permitieron seleccionar ítems con consenso completo o elevado, utilizando criterios específicos de acuerdo basados en la escala de Likert y el rango intercuartil.

El estudio cualitativo involucró exclusivamente a profesionales de oncología y cuidados paliativos, enfocándose en mejorar la calidad del registro y la toma de decisiones en relación con la SP en pacientes oncológicos fallecidos en el hospital universitario.

Durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2010, hubo un total de 4,763 ingresos en servicios médicos de urgencias, hematología clínica y oncología médica. De estos, 53 pacientes fallecieron por causas relacionadas con el cáncer. Se accedió a información completa del último ingreso de 48 pacientes fallecidos, mientras que en algunos casos la información fue parcialmente accesible debido a problemas con las historias clínicas en papel. De los pacientes fallecidos, 27 (51.92%) recibieron sedación paliativa como parte de su tratamiento. Las características demográficas y clínicas de estos pacientes se detallan en la tabla 1 del estudio.

Se identificó que entre los pacientes sedados, el motivo principal fue la presencia de síntomas refractarios en 20 de los 26 casos analizados (76.92%). Los síntomas más comunes fueron disnea en 11 casos (55%), delirium en 5 casos (25%), dolor en 2 pacientes (10%), sangrado masivo en un caso (5%), y otros síntomas en un caso (5%). Todos los pacientes habían recibido tratamientos previos para estos síntomas, incluyendo en algunos casos tratamientos etiológicos, sintomáticos o combinados, antes de optar por la sedación paliativa.

El tiempo promedio entre el ingreso y el inicio de la sedación fue de 9.5 días, con una duración media de la sedación de 1.2 días. Se identificaron varios tipos de sedación utilizados, siendo los más frecuentes la sedación en la agonía y la sedación profunda continua. Los medicamentos más comúnmente utilizados durante la sedación incluyeron morfina, midazolam, haloperidol y escopolamina, a menudo en combinación.

En cuanto al consentimiento, se registró que en el 76.92% de los casos se solicitó y obtuvo consentimiento verbal, mayoritariamente de la familia (70%). Además, se observó que en la mayoría de los casos hubo ajustes en otras medidas terapéuticas al iniciar la sedación, como la retirada de antibióticos y medidas agresivas, aunque no siempre se registró explícitamente la decisión de no reanimar en caso de parada cardiorrespiratoria.

El análisis cualitativo prospectivo incluyó la participación de 12 profesionales de oncología y cuidados paliativos, quienes aportaron diversas perspectivas sobre los motivos de sedación, tipos de sedación y la participación del paciente y la familia en el proceso.

Discusión:

Este estudio analiza el uso de la sedación paliativa (SP) en pacientes con cáncer que fallecieron en hospitales, centrándose en aspectos

epidemiológicos y el proceso de toma de decisiones. Se encontró que aproximadamente la mitad de los pacientes estudiados fueron sedados al final de sus vidas, con características comunes como ser hombres de unos 65 años con cánceres avanzados de pulmón o gastrointestinal, que principalmente experimentaban problemas respiratorios intensos o delirio.

La participación directa de los pacientes en las decisiones fue limitada, y en la mayoría de los casos, el consentimiento para la sedación fue otorgado verbalmente por la familia. La duración promedio de la sedación varió desde unas pocas horas hasta varios días.

El estudio destaca la variabilidad en las tasas de sedación informadas en la literatura, influenciada por diferentes definiciones y prácticas locales. Además, señala diferencias en las razones para la sedación, con el control de síntomas como disnea y delirio predominando, y sugiere que factores culturales pueden influir en las decisiones clínicas.

Se identificaron limitaciones en la calidad del registro clínico, incluida la falta de documentación explícita sobre el consentimiento informado y la planificación anticipada de cuidados. Como resultado, se propone el desarrollo de una plantilla de check list para estandarizar y mejorar la práctica clínica en torno a la sedación paliativa, con el objetivo de mejorar la comunicación y la calidad de los registros clínicos en futuras investigaciones.

Conclusión

En conclusión, el estudio detallado sobre el uso de la sedación paliativa en pacientes oncológicos terminales revela varios aspectos cruciales. La sedación paliativa se emplea predominantemente para aliviar síntomas refractarios como disnea intensa y delirio en pacientes con cánceres avanzados, especialmente en situaciones donde otras intervenciones terapéuticas han sido insuficientes. Aunque la mayoría de las decisiones de sedación fueron consentidas verbalmente por familiares, el estudio subraya la necesidad de mejorar la participación del paciente en estas decisiones y fortalecer la documentación de consentimientos informados y planificación anticipada de cuidados.

La variabilidad en las prácticas de sedación y la calidad del registro clínico también son aspectos críticos identificados. Se propone el desarrollo de herramientas como plantillas de checklist para estandarizar la práctica clínica y mejorar la comunicación entre profesionales de la salud y familias, con el fin de asegurar decisiones informadas y una atención de alta calidad hasta el final de la vida. Estas mejoras podrían significar una notable diferencia en la experiencia de los pacientes y sus familias durante períodos tan difíciles, asegurando un cuidado compasivo y efectivo en entornos hospitalarios.

En última instancia, mejorar la comprensión y la implementación de la sedación paliativa no solo beneficiaría a los pacientes directamente involucrados, sino que también fortalecería el sistema de cuidados paliativos en su conjunto, promoviendo una atención más humana, ética y basada en la evidencia para aquellos que más lo necesitan.

Bibliografías:

- https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-054X2020000400519
- <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-sedacion-paliativa-situacion-actual-areas-S1134282X13001188>