



# Mi Universidad

## Resúmenes

*Galia Madeline Morales Irecta*

*Resúmenes Sedación Paliativa y Eutanasia*

*Cuarto parcial*

*Medicina Paliativa*

*Dr. Agenor Abarca Espinosa*

*Medicina Humana*

*6to. Semestre*

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



Artículo de investigación

## Sedación paliativa: percepción del personal médico e implicaciones en la práctica clínica en un hospital de alta complejidad

Medical staff perception of palliative sedation and its implications for clinical practice in a high complexity hospital

Leonardo Arce MD<sup>a</sup>  
Johan Fernando Cantor MD<sup>b</sup>  
Catalina Baena MD<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Esp. en Medicina Física y Rehabilitación, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

<sup>b</sup> Esp. en Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Universitario del Valle, Evaristo García E.S.E. Cali, Colombia.

<sup>c</sup> Esp. en Medicina del Dolor y Cuidado Paliativo, Hospital Universitario del Valle, Evaristo García E.S.E. Cali, Colombia.

### RESUMEN

**Introducción:** el cuidado paliativo tiene como objetivo controlar los síntomas y la ganancia en calidad de vida de los pacientes con enfermedades progresivas, avanzadas o con pobre opción curativa. Juega un papel fundamental en los síntomas refractarios y la falta de educación sobre esta materia en todos los niveles de la formación médica lleva a generar que no sea considerada, se tenga un concepto equivocado o exista temor en su aplicación. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo de corte transversal para definir el conocimiento, las percepción personal y profesional sobre la sedación paliativa, mediante la aplicación en una encuesta a 201 participantes entre estudiantes de medicina de último año, médicos generales, residentes y especialistas de diferentes especialidades en un hospital universitario de alta complejidad en Cali, Colombia en 2021. **Resultados:** 57,2% eran hombres, 3,98% desempeñaba la mayoría de su actividad en salas de cirugía, 25,4% en consulta externa, 57,2% en hospitalización y 13,4% en urgencias. En cuanto a la formación en cuidados paliativos 19,9% consideró que fue ninguna, 67,7% poca y 12,4% mucha, 16,4% desconocía la definición de enfermedad terminal y 25,4% la de sedación paliativa. El 90% no pudo diferenciar los objetivos de la sedación paliativa y la eutanasia, aunque 94,5% reconoció

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

*Historia del artículo:*  
Fecha recibido: julio 26 de 2022  
Fecha aceptado: mayo 31 de 2023

*Autor para correspondencia:*  
Dr. Leonardo Arce:  
leonardo.arce@correounivalle.edu.co

*DOI*  
10.31260/RepertMedCir.01217372.1403

que era importante controlar el sufrimiento de los pacientes y que la sedación era una opción terapéutica. *Discusión y conclusiones:* la sedación paliativa es una intervención importante en los pacientes con síntomas refractarios, existen brechas de conocimiento que limitan su aplicación clínica, lo que debe fortalecer la educación en este aspecto en todos los niveles de la formación médica.

*Palabras clave:* sedación, médicos, cuidado paliativo, final de la vida.

© 2024 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## ABSTRACT

*Introduction:* palliative care is geared to symptoms control and quality of life improvement among patients with advanced, progressive, or non-curative diseases. It plays a fundamental role on refractory symptoms and lack of teaching on this matter, at all medical training levels, leads to unawareness and misunderstanding or fear to administer it. *Materials and methods:* a descriptive, cross-sectional study conducted to define knowledge, and personal and professional perception of palliative sedation (PS), using a survey applied to 201 participants selected from last year medical students, general practitioners, residents, and different specialists at a high complexity university hospital in Cali, Colombia in 2021. *Results:* 57.2% were men, 3.98% worked mostly in operating rooms, 25.4% in the outpatient clinic, 57.2% in the hospitalization ward and 13.4% in the emergency room. Regarding training in palliative care 19.9% considered they had not received any training, 67.7% little and 12.4% a lot, 16.4% did not know the definition of terminal illness and 25.4% did not know the definition of PS. 90% would not distinguish between the purpose of palliative sedation and euthanasia, although 94.5% recognized that preventing patient suffering was important and that sedation was a therapeutic option. *Discussion and conclusions:* palliative sedation is an important intervention in patients with refractory symptoms. Knowledge gaps limiting its clinical administration show the need of strengthening education on PS, at all levels of medical training.

*Keywords:* sedation, physicians, palliative care, end of life.

© 2024 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## INTRODUCCIÓN

Los tratamientos en cuidado paliativo se realizan con el objetivo de intervenir en el control de los síntomas de pacientes con enfermedades avanzadas, progresivas y con pobre opción razonable de cura, siempre guiados por el manejo multidisciplinario y abordando las esferas familiares sociales y espirituales.<sup>1</sup>

Existe una preocupación general en Colombia y en el mundo por la escasa oferta de atención en cuidados paliativos. El país cuenta con pocos programas de formación en esta especialidad, además los expertos consideran insuficiente la formación en el tema que a la fecha se ofrecen en pre y posgrado de medicina. Esto genera desenlaces como conocimiento insuficiente de las intervenciones, desestimar la paliación como parte de la terapéutica en un paciente y limitar la posibilidad de ofrecer los cuidados básicos al final de la vida.<sup>2</sup>

La sedación paliativa es un procedimiento utilizado en el paciente terminal (adulto o pediátrico) que requiere el manejo de síntomas refractarios<sup>3</sup>, debe ser realizado por un médico entrenado con apego a los lineamientos de las guías

colombiana de cuidados paliativos y las internacionales de práctica clínica. En términos generales, se inicia con medidas intermitentes o sedación consciente avanzando a una sedación continua en los casos necesarios, siempre intentando abordar al paciente de manera integral en sus síntomas refractarios físicos y emocionales. El objetivo de la sedación paliativa es disminuir el sufrimiento sin reducir la expectativa de vida. A la fecha, los estudios no han encontrado evidencia de que este procedimiento disminuya el tiempo de vida del paciente, en cambio sí han mostrado un impacto positivo en la calidad de vida del paciente y su familia.<sup>4</sup>

Están descritos múltiples medicamentos para realizar la intervención, estos pueden variar según el síntoma principal a intervenir. Se considera un procedimiento viable en el ámbito hospitalario o ambulatorio, lo que también condiciona el tipo de medición y el monitoreo pertinente según cada caso.<sup>5</sup>

La correcta implementación de cuidados paliativos en el manejo de diferentes síntomas y la comunicación de malas noticias clínicas son un reto a nivel mundial. Las mediciones previas entre médicos residentes y estudiantes de pregrado en medicina han demostrado que la fragmentación del

manejo por diferentes especialidades, los mitos en relación con la dependencia a la medicación en el paciente terminal y la escasa formación en este aspecto, no han facilitado la intervención sedativa. Es paradójico que esos mismos estudios reportan que muchos pacientes pueden requerir el uso de sedación continua para el manejo de sus síntomas.

Estudios adicionales enfocados en cuidados y sedación paliativa ilustran sobre la limitada diferenciación que tiene el personal de salud entre los objetivos de la sedación paliativa y la eutanasia.<sup>3</sup> Esto ha restringido su aplicación por el condicionamiento ético, además de aumentar la inquietud personal sobre plantear a la familia este tipo de intervenciones.

Este es el primer estudio en un país hispanohablante que explora la percepción del personal médico sobre la sedación paliativa con el objetivo de describir el grado de conocimiento sobre el tema, la concepción del personal médico sobre su implementación en la práctica clínica, los conflictos personales y las creencias particulares sobre este procedimiento, con el propósito de desmitificar esta intervención en el final de la vida, favorecer su implementación y sentar una base para fortalecer la educación en cuidados paliativos en todos los niveles de formación médica.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal para definir el nivel de conocimiento, la percepción personal y profesional sobre la sedación paliativa en estudiantes de último año de medicina, médicos generales, médicos residentes y médicos especialistas de todos los servicios clínicos de un hospital universitario de atención de alta complejidad en Cali, Colombia en 2021. Todos los participantes dieron su consentimiento informado para la participación, los datos fueron recolectados de manera anónima y el protocolo fue avalado por el comité de ética institucional.

Se utilizó para la medición del nivel de conocimiento y percepción de la sedación paliativa una encuesta de selección múltiple en la plataforma *Google Forms*, la cual fue diseñada por los autores y probada en piloto por el estadista del estudio, quien calculó el tamaño de la muestra en 200 participantes, teniendo en cuenta la cantidad total de profesionales de salud entre internos, médicos generales residentes y especialistas, asociando estos datos con las proporciones de conocimiento de las guías Colombianas<sup>6</sup>, además del error esperado.

En el análisis estadístico las variables categóricas se presentaron mediante frecuencia absoluta y relativa, la comparación de estas variables se realizó mediante la prueba *chi* cuadrado o la de *Fisher*, según el caso. Las variables continuas se presentaron en promedio y desviación estándar, o mediana y rango intercuartílico, según fuera

el comportamiento de la distribución de la variable. La comparación entre grupos se realizó mediante la prueba de *T-Student* o *U-Mann-Whitney* según el caso. Los análisis estadísticos se procesaron en el programa *R-Studio*.

## RESULTADOS

Se incluyó un total de 201 participantes de los cuales 67(33,3%) eran estudiantes de medicina, 37(18,4%) médicos generales, 68 (33,8%) médicos residentes y 29 (14,4%) especialistas de diferentes áreas (**tabla 1**); 57,2% eran hombres, 3,98% desempeñaba la mayoría de su actividad en salas de cirugía, 25,4% en consulta externa, 57,2% en hospitalización y 13,4% en urgencias. La media de edad de la población del estudio fue de 29,89 años con una media de 4,93 años de experiencia.

**Tabla 1.** Distribución por especialidades

Especialidad	Total n=97 (%)
Anestesiología	3 (3.09)
Cirugía general	3 (3.09)
Geriatría	12 (12.4)
Ginecología y obstetricia	4 (4.12)
Medicina familiar	7 (7.22)
Medicina física y rehabilitación	25 (25.8)
Medicina forense	1 (1.03)
Medicina interna	17 (17.5)
Ortopedia y traumatología	4 (4.12)
Otorrinolaringología	4 (4.12)
Pediatría	14 (14.4)
Urgenciología	3 (3.09)

Fuente: los autores.

En cuanto a la percepción de su formación particular sobre cuidados paliativos, 19,9% consideró que fue ninguna, 67,7% poca y 12,4% suficiente o mucha. Al indagar sobre las definiciones, 16,4% desconocía la de enfermedad terminal y 25,4% la de sedación paliativa. A pesar de que 74,6% dijo conocer la definición de sedación paliativa, 60,2% de este grupo no reconoció las indicaciones de la intervención y 90% no diferenció los objetivos de la sedación paliativa y la eutanasia. En relación con el conocimiento sobre las guías nacionales sobre cuidados paliativos donde se incluye la sedación paliativa, 78,1% las desconocía y 47,3% no reconocía los documentos de voluntad anticipada.

En las preguntas sobre la propuesta de realización de la sedación paliativa, 92% nunca había realizado esta intervención; solo 0,5% reconoció todas las indicaciones clínicas para este procedimiento y 8,96% consideró que el dolor podía ser una causa para realizarlas (**tabla 2**).

**Tabla 2.** Conocimientos sobre las guías nacionales de cuidado paliativo<sup>6</sup>

Variable	Sí n(%)
Conocimiento de medicamentos guía	47 (23.4%)
Condiciones susceptibles sedación paliativa	
agitación	89 (44.3)
ansiedad	69 (34.3)
convulsión	107 (53.2)
delirium	83 (41.3)
disnea	128 (63.7)
dolor	183 (91.0)
hemorragia	56 (27.9)

Fuente: los autores.

En cuanto a las consideraciones personales y éticas, 8,46% consideró la sedación paliativa un tipo de eutanasia y 17,9% manifestaron que tenían conflictos morales o religiosos para realizar el procedimiento, mientras que 82,1% no presentó ningún tipo de conflicto con la intervención. Sin embargo, 94,5% consideró importante controlar el sufrimiento de los pacientes y en esta misma proporción estimaron la sedación como un medio terapéutico.

## DISCUSIÓN

La sedación paliativa se considera una medida para el alivio de los síntomas graves y refractarios al final de la vida, se realiza mediante la administración de medicamentos sedantes con el objetivo de disminuir el estado de conciencia o generar inconsciencia bajo monitorización, sin acortar el tiempo de vida.<sup>6</sup>

En Colombia no se tienen estudios que evidencien en estudiantes de pregrado, médicos generales, residentes o con especialidades diferentes a dolor y cuidados paliativos, el reconocimiento de la necesidad de sedación paliativa. En la población médica colombiana no se han evaluado sus consideraciones éticas, conocimiento de sus indicaciones, procedimiento, percepción y disponibilidad de este recurso en su sitio de trabajo.

Algunas publicaciones han informado sobre el conocimiento y acercamiento médico al paciente con necesidades paliativas. Un estudio con médicos residentes en un hospital universitario de Brasil realizó una autoevaluación que incluyó el conocimiento de definición, manejo de síntomas más comunes y entrenamiento en la comunicación de malas noticias al paciente y su grupo familiar; después aplicaron una encuesta donde indagaban sobre las indicaciones de los cuidados paliativos en síntomas como dolor o disnea y las habilidades de comunicación con el paciente; los resultados concluyen

que la fragmentación clínica entre las especialidades y la existencia de mitos asociados con el uso de medicamentos opioides y corticoesteroides pueden limitar el manejo del paciente terminal. Respecto a la sedación, encontraron que 93% de los médicos consideraban que el enfermo podría requerir sedación continua para aliviar su sufrimiento en etapa terminal, se identificó una barrera para prescribirla y reconocer el momento de inicio, probablemente secundarios a la escasa formación en cuidados paliativos con unos resultados muy similares a los de nuestro estudio.<sup>7</sup>

Una encuesta realizada en Brasil interrogó a estudiantes de medicina sobre su preparación en la atención del final de la vida, arrojando como resultado la baja formación del personal médico en esta situación, siendo congruente con la pobre formación en empatía, sufrimiento y humanización en las facultades de salud.<sup>8</sup> Se aplicó una encuesta a 11 estudiantes de sexto año de pregrado de medicina encontrando que hasta un tercio tenía dificultades en el anuncio de una muerte a la familia y 70% percibía una baja preparación para transmitir malas noticias, 97,3% manifestó que adoptaría medidas de soporte emocional a pacientes terminales, 93,7% identificó la relación de los cuidados paliativos con el aumento en la calidad de vida del paciente y 97,3% aplicaría el cuidado paliativo a sus pacientes. 25% no conocía el término eutanasia, lo que sumado a nuestros resultados evidencia la brecha de conocimiento sobre la sedación paliativa y el conocimiento de sus objetivos.<sup>9</sup>

En Francia se aplicó un cuestionario a 106 enfermeras y médicos sobre la percepción de la sedación paliativa. El cuestionario incluyó aspectos como el conocimiento de la definición del término, la experiencia personal y el impacto emocional. Encontraron que 38% de los encuestados conocía la definición de enfermedad en fase terminal, 23% la de sedación paliativa y 50% desconocía la diferencia entre eutanasia y sedación paliativa, 38% había estado más de 10 veces ante la decisión de iniciar o no una sedación paliativa y 23% se sentía perturbado con la práctica de una sedación paliativa.<sup>10</sup> Estos hallazgos permiten inferir que la baja claridad en los conceptos de sedación paliativa y eutanasia es una limitante moral para la consideración del procedimiento en el paciente terminal.

## CONCLUSIÓN

La sedación paliativa es una intervención importante en el final de la vida en los pacientes con síntomas refractarios, sin embargo, la limitación en la formación en cuidados paliativos en todos los niveles de la educación médica y algunos preceptos personales derivados del desconocimiento de las definiciones e intervenciones, puede limitar su implementación en la práctica clínica. Es importante fomentar la educación en cuidados y sedación paliativa en el personal médico de pregrado y en todos los programas de especialización.

## AGRADECIMIENTOS

A la unidad de investigación e innovación del Hospital Universitario del Valle y la Universidad del Valle.

## FINANCIAMIENTO

Los autores no recibieron financiamiento para llevar a cabo este estudio.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no declaran ningún conflicto de interés.

## REFERENCIAS

1. AMINSALUD. Abecé: Cuidados Paliativos [Internet]. Colombia: Minsalud; 2016 [Citado 28 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abecé-cuidados-paliativos.pdf>
2. Connor SR, Sepúlveda Bermedo MC. Global atlas of palliative care at the end of life. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, World Health Organization; 2014.
3. Bhyan P, Pesce MB, Shrestha U, Goyal A. Palliative Sedation In Patients With Terminal Illness. In: StatPearls. Treasure Island (FL). StatPearls Publishing; 2022.
4. Patel C, Kleinig P, Bakker M, Tait P. Palliative sedation: A safety net for the relief of refractory and intolerable symptoms at the end of life. *Aust J Gen Pract*. 2019;48(12):838-845. <https://doi.org/10.31128/AJGP-05-19-4938>.
5. Arantzamendi M, Belar A, Payne S, Rijpstra M, Preston N, Menten J, Van der Elst M, Radbruch L, Hasselaar J, Centeno C. Clinical Aspects of Palliative Sedation in Prospective Studies. A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage*. 2021;61(4):831-844.e10. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.09.022>.
6. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto de Evaluación de tecnología en Salud. Guía de Práctica Clínica para la atención de pacientes en Cuidado Paliativo (adopción): guía completa 2016 Guía No 58. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud; 2016 [Citado 28 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/gpc-completa-cuidados-paliativos-adopcion.pdf>
7. da Conceição MV, de Castro Vasconcelos MC, Coutinho Leal Telino CJ, Barros Guedes EV, Machado Pimentel DM. Conhecimento sobre cuidados paliativos entre médicos residentes de hospital universitário. *Rev Bioét*. 2019;27(1):134-42. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019271296>.
8. Medeiros NS, dos Santos TR, Vilar Trindade EM, Quadros de Almeida KJ. Avaliação do desenvolvimento de competências afetivas e empáticas do futuro médico. *Rev Bras Educ Med* 2013;37(4):515-525. <https://doi.org/10.1590/s0100-55022013000400007>.
9. Maia Costa TN, Fernandes Caldato MC, Furlaneto IP. Percepção de formandos de medicina sobre a terminalidade da vida. *Rev Bioét*. 2019;27(4):661-73. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019274349>.
10. Serresse L, Perigault F, Chenivresse C, Crozier S, Varin FD. Caregivers Perception of Palliative Sedation: A French Opinion and Survey. *J Palliat Care Med*. 2015;5(5):1-3. <https://doi.org/10.4172/2165-7386.1000233>.



## SEDACIÓN PALIATIVA

Los tratamientos en cuidado paliativo se realizan con el objetivo de intervenir en el control de los síntomas de pacientes con enfermedades avanzadas, progresivas y con pobre opción razonable de cura, siempre guiados por el manejo multidisciplinario y abordando las esferas familiares sociales y espirituales.

La **sedación paliativa** es un procedimiento utilizado en el paciente terminal (adulto o pediátrico) que requiere el manejo de síntomas refractarios, debe ser realizado por un médico entrenado con apego a los lineamientos de cuidados paliativos y las prácticas internacionales de práctica clínica.

El texto aborda el uso progresivo de la sedación en pacientes, comenzando con medidas intermitentes o sedación consciente y avanzando hacia una sedación continua cuando es necesario. El enfoque integral busca tratar los síntomas físicos y emocionales que no responden a otros tratamientos. El objetivo principal de la sedación paliativa es reducir el sufrimiento del paciente sin comprometer su expectativa de vida. Se mencionan diversos medicamentos utilizados para tratar el síntoma principal durante la intervención. La elección del medicamento varía según el síntoma a tratar y puede realizarse tanto en el hospital como de forma ambulatoria, lo que influye en la metodología de medición y el monitoreo necesario según las características de cada paciente.

Estudios adicionales en cuidados y sedación paliativa muestran que el personal de salud a menudo tiene dificultades para diferenciar claramente entre los objetivos de la sedación paliativa y la eutanasia. Esta falta de diferenciación ética ha limitado la aplicación de la sedación paliativa y ha generado preocupaciones entre los profesionales de salud sobre cómo comunicar estas intervenciones a las familias de los pacientes. En 2021, se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal en un hospital universitario de alta complejidad en Cali, Colombia. El objetivo fue evaluar el nivel de conocimiento, la percepción personal y profesional sobre la sedación paliativa en estudiantes de último año de medicina, médicos generales, médicos residentes y médicos especialistas de todos los servicios clínicos.

La sedación paliativa se utiliza para aliviar síntomas severos y refractarios al final de la vida mediante la administración controlada de medicamentos sedantes. Su objetivo es reducir el nivel de conciencia o inducir inconsciencia bajo supervisión médica, sin acortar la expectativa de vida del paciente.

El estudio reveló que el 93% de los médicos creían que los pacientes en etapa terminal podrían necesitar sedación continua para aliviar su sufrimiento. Sin embargo, también identificaron barreras en la prescripción y en reconocer el momento adecuado para iniciarla, posiblemente debido a la falta de formación en

cuidados paliativos. Estos hallazgos fueron similares a los obtenidos en nuestro propio estudio.

La sedación paliativa es crucial para el manejo de síntomas refractarios al final de la vida, pero la falta de formación en cuidados paliativos en todos los niveles educativos médicos, junto con preceptos personales derivados del desconocimiento de definiciones e intervenciones, puede limitar su uso en la práctica clínica. Es fundamental promover la educación en cuidados y sedación paliativa tanto en el personal médico durante la formación inicial como en los programas de especialización.

## **CONCLUSIÓN**

La sedación paliativa es realmente importante hoy en día en la medicina. Ayuda a manejar el dolor y otros síntomas difíciles en pacientes que están en las últimas etapas de su vida. Lo que hace es reducir el sufrimiento sin apresurar la muerte de la persona, asegurando que reciban cuidado completo y respetuoso.

Para entenderla bien, es clave saber exactamente qué busca lograr y cómo se diferencia de otras decisiones como la eutanasia. Además, es esencial que los médicos reciban una formación continua en cuidados paliativos durante su educación y especialización para poder dar una mejor atención y trato y así pueda existir esa mejora en la relación médico-paciente y una buena práctica médica. Así se asegura que puedan aplicar la sedación paliativa de manera efectiva y comprensiva.

En resumen, la sedación paliativa no solo alivia el sufrimiento físico y emocional del paciente terminal, sino que también fortalece la calidad del cuidado médico al proporcionar una opción humanitaria y ética para mejorar la calidad de vida en las etapas finales de la enfermedad. Es esencial que los profesionales de la salud estemos bien informados y capacitados en esta área para asegurar la correcta aplicación y beneficio máximo para los pacientes y sus familias, garantizando que los estemos preparados para abordar esta práctica de manera competente y compasiva para con el paciente y su familia.

COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA  
Órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud  
EUTANASIA. AGUNOS ELEMENTOS PARA EL DEBATE

**Introducción**

Es muy positivo que exista una preocupación por parte de los legisladores por impulsar leyes que hagan posible que los mexicanos puedan tener una muerte digna. También es deseable y necesario que se genere un debate en la opinión pública sobre este tema. Las diferentes iniciativas de ley que han aparecido -o que tenemos conocimiento que actualmente se comentan- se refieren a la eutanasia activa, la eutanasia pasiva y la voluntad anticipada. Sin embargo, existe mucha confusión sobre los conceptos que se discuten, especialmente cuando se habla de eutanasia.

La Comisión Nacional de Bioética, respondiendo a su misión de crear una cultura de bioética en el país, describe por medio de este documento los principales conceptos relacionados con el tema de la eutanasia y la dignidad al final de la vida en el contexto de la atención médica. Esto con el objeto de contribuir a que se dé un debate informado, sustentado, razonado y razonable y se produzcan acercamientos entre puntos de vista divergentes que se traduzcan en beneficio para la sociedad en su conjunto.

**Eutanasia**

Este término ha significado cosas muy diferentes a través de la historia y hoy mismo las personas lo entienden de formas distintas. Por una parte, se puede decir que se usa de manera habitual para referirse a una gama muy amplia de acciones que tienen en común el hecho de poner fin a la vida

de un ser humano que sufre. Sin embargo, este uso no ayuda nada al debate porque no establece diferencias entre acciones que sí implican diferencias éticas muy importantes y que dependen de las circunstancias en que se produce un acto que causa la muerte de un enfermo.

Por tal razón, es necesario definir la eutanasia de una manera más precisa: es el acto o procedimiento, por parte de un médico para producir la muerte de un paciente, sin dolor, y a petición de éste, para terminar con su sufrimiento.

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

Esta definición excluye muchas acciones con las que, equivocadamente, se confunde la eutanasia. Resulta inexacto llamar así una acción que provoca la muerte si la persona que la realiza no es un médico, si la persona que muere no padece una enfermedad o una condición médica que le cause un sufrimiento intolerable, si la acción que causa la muerte va acompañada de dolor, y, sobre todo, si la muerte no se produce en respuesta a la solicitud de quien fallece.

Es importante mencionar que la eutanasia es una acción excepcional que se considera una vez que se han agotado todas las formas posibles de ayuda para evitar el sufrimiento del enfermo.

### **Suicidio médicamente asistido**

Es la ayuda que da un médico a un paciente que quiere terminar su vida -se entiende que sin dolor y para poner fin a su sufrimiento, igual que sucede en la eutanasia-. En el suicidio médicamente

asistido el médico se limita a proporcionar los medios al paciente -como es la prescripción de una dosis letal de medicamentos- para que el enfermo los use por sí mismo. De esta forma, la última acción que causa la muerte la realiza la misma persona que muere.

### **Acción de terminación de la vida sin solicitud expresa del paciente.<sup>1</sup>**

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

Se realiza en diferentes tipos de pacientes: neonatos con graves enfermedades y discapacidades al nacer y pacientes que en algún momento expresaron su deseo de que se les aplicara la eutanasia y en las etapas finales de su enfermedad ya no pueden comunicarse por las condiciones médicas que presentan -por ejemplo, sangrado y asfixia o neumonía y septicemia-.

Esta acción resulta muy controvertida ya que falta el principal elemento por el cual se ha considerado la eutanasia una práctica éticamente aceptable: la autonomía de la persona para decidir el final de su vida.

La cuestión es que, por diferentes causas, en la práctica médica se dan situaciones en que una persona está incapacitada para expresar su voluntad, pero existen elementos para saber o suponer que, si pudiera expresarla, pediría la terminación de su vida. El caso de los bebés es aún más especial porque éstos no pueden expresar su voluntad y son los padres quienes toman las decisiones por ellos. El punto a discutir es si, en todas esas situaciones es preferible actuar y

---

<sup>1</sup> Es el término utilizado en los Países Bajos para distinguir esta acción de la eutanasia. En la literatura se puede encontrar **como** LAWER, por sus siglas en inglés: *life ending acts without explicit request*.

acelerar la muerte del paciente o no actuar en ese sentido. Lo que no debe perderse de vista es que en la terminación de la vida sin solicitud expresa, la decisión se toma apoyándose en lo que sería la voluntad del paciente si pudiera expresarla, lo cual es muy diferente a decidir una terminación de la vida en contra o sin tomar en cuenta la voluntad de alguien que sí puede expresarla.

### **Muerte médicamente asistida**

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

### **Eutanasia pasiva y eutanasia activa**

Esta clasificación ha sido ampliamente utilizada y, por eso, vale la pena revisarla, aun cuando en la literatura bioética tiende a desaparecer.

La eutanasia pasiva se refiere a la muerte que se produce como efecto de la omisión o suspensión de acciones médicas que permitirían preservar la vida. Desde hace unos años, en la literatura bioética esta acción se conoce como “limitación del esfuerzo terapéutico”. La eutanasia activa es la acción que pone fin a la vida del paciente por medio de una intervención encaminada a procurar la muerte, como es la administración de una droga.

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

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

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

### **Cuidados paliativos**

Tienen como objetivo apoyar y cuidar a los pacientes en las últimas fases de su enfermedad para que vivan tan plena y confortablemente como sea posible y encuentren la muerte con dignidad. Los cuidados paliativos sustituyen a los tratamientos curativos cuando estos no ofrecen los beneficios deseados o los efectos adversos superan los beneficios. Con el fin de maximizar la calidad de vida de los pacientes, se les da una atención integral que abarca los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales. Por lo mismo, estos cuidados deben ser llevados por equipos

interdisciplinarios y deben incluir a la familia. Estos cuidados pueden darse en el hospital o en el domicilio del paciente; lo importante es que se cuente con los elementos necesarios para brindarlos. De hecho, muchos pacientes eligen estar en su casa cuando saben que están viviendo la etapa final de su vida.

### **Eutanasia indirecta**

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

En realidad, no siempre es fácil establecer el límite entre esta forma de terminación de vida y la eutanasia por el simple hecho de que no siempre se pueden distinguir las intenciones de una determinada acción una vez que se conocen sus efectos. Es lo que sucede con la llamada sedación paliativa o sedación terminal, mediante la cual se induce al enfermo a un estado en el que pierde la conciencia y un tiempo después sobreviene la muerte.

## **Documento de voluntades anticipadas<sup>2</sup>**

Se ha impulsado el uso de este documento para encontrar solución a situaciones críticas que se presentan con cierta frecuencia en las que un paciente adulto se encuentra incapacitado para participar en las decisiones sobre el final de su vida.

Mediante el documento de voluntades anticipadas, los individuos, cuando son competentes, pueden establecer su voluntad sobre los tratamientos que querrían y los que no querrían que les aplicaran en caso de encontrarse en situaciones muy críticas en las que ya no pueden expresar sus deseos y otros deben decidir por ellos.

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

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

### **Ortotanasia, distanasia y adistanasia**

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

---

<sup>2</sup> Es preferible este término al de “testamento vital”

también generan confusión por el hecho de utilizar una nueva nomenclatura para referirse a las mismas acciones para las cuales ya existen definiciones ampliamente utilizadas.

Ortotanasia se refiere a la decisión de dejar morir al enfermo sin aplicarle tratamientos que prolongarían su sufrimiento, pero brindando toda los cuidados paliativos posibles. Significa, “muerte correcta”.

Distanasia se refiere a la decisión opuesta: continuar aplicando tratamientos que sólo alargan la existencia y, por tanto, el sufrimiento. Corresponde a los que se conoce también como “encarnizamiento terapéutico” o “ensañamiento terapéutico”.

La adistanasia se refiere a la decisión de suprimir la distanasia; es decir, dejar de aplicar un tratamiento que prolongue inútilmente la vida del paciente, lo que sería equivalente a la eutanasia pasiva.

### **Algunas consideraciones importantes**

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

En los lugares en que se permite legalmente la eutanasia los médicos nunca están obligados a aplicarla si consideran que tal acción va en contra de sus valores. Por esta razón, es importante que un paciente que está considerando la posibilidad de pedir la eutanasia a su médico se lo comunique con anticipación. Así, en caso de que éste la considere una práctica contraria a sus valores, podrá

ponerlo en contacto con un colega que esté de acuerdo en dar al paciente la ayuda que desea. Por otra parte, es importante señalar que los mismos médicos que están dispuestos a responder a un pedido de eutanasia deben asegurarse, en cada caso particular, que el pedido del paciente está justificado. No podrán responder al pedido si consideran que no se cumplen los criterios establecidos legalmente para permitir la eutanasia -si, por ejemplo, el médico duda que el pedido del paciente es realmente libre o si considera que aún existen alternativas para aliviar su sufrimiento-.

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

Consejo de la Comisión Nacional de Bioética

Dr. Guillermo Soberón Acevedo (Presidente)

Vocales:

Dra. Asunción Álvarez del Río

Dr. Roberto Blancarte Pimentel

Dra. Ingrid Brena Sesma

Dr. José Kuthy Porter

Dra. Juliana González Valenzuela

Dr. Adolfo Martínez Palomo

Dra. Dafna Feinholz Klip (Secretaria Técnica y Directora Ejecutiva de la CNB).

## **EUTANASIA. ALGUNOS ELEMENTOS PARA EL DEBATE**

En este documento se habla sobre la importancia de legislar sobre la muerte digna en México y promover un debate público informado al respecto. Se mencionan diferentes iniciativas legislativas que abordan la eutanasia activa, pasiva y la voluntad anticipada, señalando la confusión existente en torno a estos conceptos, especialmente en relación con la eutanasia. La Comisión Nacional de Bioética presenta este documento para clarificar los términos clave relacionados con la eutanasia y la dignidad al final de la vida en el contexto de la atención médica. Su objetivo es fomentar un debate fundamentado y razonable que permita alcanzar consensos y beneficios para la sociedad en su conjunto.

### **EUTANASIA**

El término "eutanasia" puede interpretarse de muchas maneras y varía entre las personas. Generalmente se usa para describir acciones que ponen fin a la vida de alguien que está sufriendo, pero esta amplia definición dificulta el debate porque no diferencia entre diferentes situaciones éticas.

Por eso, es importante definir la eutanasia claramente: se refiere al acto realizado por un médico para ayudar a morir a un paciente que pide terminar su vida, sin dolor, para aliviar su sufrimiento. Esta definición se basa en las leyes de los Países Bajos, donde la eutanasia se legalizó después de establecer límites precisos en 1984 y finalmente en 2002.

Es crucial entender que esta definición excluye muchas acciones que se confunden con la eutanasia: como provocar la muerte por alguien que no es médico, en casos donde no hay una enfermedad grave que cause sufrimiento insoportable, o cuando la muerte no es solicitada por la persona que fallece. La eutanasia se considera como último recurso, aplicado solo después de intentar todas las formas posibles para aliviar el sufrimiento del paciente.

### **SUICIDIO MEDICAMENTE ASISTIDO**

El suicidio médicamente asistido es cuando un médico ayuda a un paciente que desea poner fin a su vida, usualmente proporcionándole medicamentos letales para que el paciente los use por sí mismo. A diferencia de la eutanasia, donde el médico realiza directamente el acto que causa la muerte del paciente, en el suicidio médicamente asistido es el paciente quien toma la última acción para morir.

### **ATENCIÓN DE TERMINACIÓN DE LA VIDA SIN SOLICITUD EXPRESA DEL PACIENTE**

La terminación de la vida sin solicitud expresa del paciente es cuando un médico decide poner fin a la vida de un paciente porque considera que es la mejor solución,

incluso si el paciente no puede expresar su voluntad. Esto ocurre en casos como neonatos con graves enfermedades desde el nacimiento y pacientes que anteriormente expresaron deseo de eutanasia pero ya no pueden comunicarse al final de su enfermedad debido a condiciones médicas severas como sangrado, asfixia, neumonía o septicemia.

Esta práctica genera mucha controversia porque falta el elemento clave que hace éticamente aceptable la eutanasia: la autonomía de la persona para decidir sobre su propia vida. En estas situaciones, se toma la decisión basándose en lo que se supone sería la voluntad del paciente si pudiera expresarla. Es importante diferenciar esta situación de actuar en contra de la voluntad expresa de alguien que sí puede decidir sobre su vida.

El debate se centra en si es preferible tomar acciones para acelerar la muerte del paciente en estas circunstancias o abstenerse de hacerlo. Sin embargo, siempre debe considerarse el respeto por la dignidad y los derechos de la persona involucrada, manteniendo un enfoque ético y humano en la atención médica.

**La muerte médicamente asistida abarca la eutanasia, el suicidio médicamente asistido y la terminación de la vida sin solicitud expresa.**

La **eutanasia pasiva** consiste en permitir que un paciente muera omitiendo o suspendiendo tratamientos médicos que podrían mantenerlo con vida. En términos modernos de bioética, esto se conoce como "limitación del esfuerzo terapéutico". En contraste, la **eutanasia activa** implica acciones directas para terminar la vida del paciente, como administrar medicamentos letales.

Generalmente, la eutanasia pasiva tiene una mayor aceptación religiosa y social porque se considera que respeta más la naturaleza, dejando que la muerte ocurra sin intervención médica directa. Se percibe como una forma de evitar muertes dolorosas causadas por tratamientos médicos prolongados e intensivos.

Sin embargo, desde un punto de vista ético, algunos argumentan que no hay una diferencia moral clara entre la eutanasia pasiva y la activa, ya que ambas buscan poner fin al sufrimiento intolerable del paciente. Esto plantea preguntas sobre por qué se permite "dejar morir" a alguien al no iniciar un tratamiento, pero no se permite "ayudar a morir" al administrar un tratamiento para terminar con la vida.

Además, es crucial definir claramente qué decisiones incluye la limitación del esfuerzo terapéutico, especialmente en términos legales, como determinar si la hidratación artificial se considera un tratamiento médico o un cuidado básico. Esta claridad es fundamental tanto para los médicos como para los pacientes y sus familias, pero actualmente existe ambigüedad al respecto.

**Cuidados paliativos:** Los cuidados paliativos tienen como objetivo apoyar y cuidar a los pacientes en las últimas etapas de su enfermedad para que vivan lo más

cómodamente posible y mueran con dignidad. Sustituyen a los tratamientos curativos cuando ya no son efectivos o tienen efectos secundarios graves. Se centran en mejorar la calidad de vida del paciente abordando sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales. Estos cuidados pueden administrarse en el hospital o en casa del paciente, según sus preferencias.

**Eutanasia indirecta:** Es cuando un paciente muere como efecto secundario de medicamentos administrados para aliviar el dolor u otros síntomas graves. Aunque forma parte de los cuidados paliativos, existe incertidumbre legal y ética sobre su uso, ya que algunos médicos temen que administrar estos tratamientos pueda acelerar la muerte y ser considerado un delito.

**Documento de voluntades anticipadas:** Este documento permite a las personas expresar sus deseos sobre qué tratamientos médicos desean o no desean recibir en situaciones críticas donde no puedan comunicarse. Su aplicación está sujeta a las leyes vigentes en cada país y no garantiza prácticas como la eutanasia si no están legalmente permitidas.

**Ortotanasia, distanasia y adistanasia:** Estos términos han surgido como alternativas a la eutanasia. Ortotanasia se refiere a permitir que el paciente muera naturalmente sin prolongar su sufrimiento con tratamientos inútiles. Distanasia es la decisión opuesta, donde se continúan aplicando tratamientos que solo prolongan el sufrimiento. Adistanasia implica dejar de aplicar tratamientos que prolongan inútilmente la vida del paciente, similar a la eutanasia pasiva.

## CONCLUSIÓN

En conclusión se abordan temas complejos relacionados con el final de la vida y las decisiones médicas asociadas. Los cuidados paliativos son fundamentales para garantizar que los pacientes terminales vivan con confort y dignidad, enfocándose en su bienestar físico, emocional y espiritual.

La eutanasia sigue siendo un tema controversial que involucra complejas consideraciones éticas, legales y médicas. Mientras que algunos defienden el derecho de las personas a elegir el momento y la forma de su muerte para evitar un sufrimiento prolongado e insoportable, otros argumentan que cualquier forma de intervención para causar la muerte va en contra de principios éticos fundamentales.

La eutanasia activa, donde se toma una acción directa para poner fin a la vida de un paciente a petición expresa, y la eutanasia pasiva, que implica la omisión de tratamientos para permitir que la naturaleza siga su curso, plantean debates sobre la autonomía del paciente, la calidad de vida, y la responsabilidad médica. El documento de voluntades anticipadas es crucial para permitir a las personas expresar sus deseos sobre tratamientos médicos en situaciones críticas donde no pueden decidir por sí mismas. Es imprescindible continuar el diálogo informado y

respetuoso sobre la eutanasia, considerando diferentes perspectivas culturales, religiosas y sociales, ya que todos tenemos una cosmovisión distinta de la vida o la muerte, esto ayudará a desarrollar políticas y prácticas que respeten la dignidad humana y protejan los derechos de los pacientes o en dado caso nosotros estemos en ese lugar y se pueda cumplir nuestro deseo.