



UNIVERSIDAD DEL ISTMO
FACULTAD DE EDUCACIÓN
MAESTRÍA EN BIOÉTICA

**Evaluación de la percepción de la eutanasia pasiva y muerte cerebral en
estudiantes universitarios y de enfermería.**

(Estudio realizado en Facultad de Medicina Universidad Mesoamericana y Escuela
Nacional de Enfermería, Quetzaltenango).

Andrés Yllescas Barrios

Guatemala, septiembre de 2010



UNIVERSIDAD DEL ISTMO
FACULTAD DE EDUCACIÓN
Maestría en Bioética

**“EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA EUTANASIA PASIVA Y MUERTE
CEREBRAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS Y DE ENFERMERÍA.
(ESTUDIO REALIZADO EN FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD
MESOAMERICANA Y ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA, QUETZALTENANGO)”.**

**Trabajo de graduación
Presentado al Consejo Directivo de la Facultad de Educación
De la Universidad del Istmo**

Por

**Andrés Yllescas Barrios
AL CONFERÍRSELE EL TÍTULO DE
MASTER EN BIOTECNIA**

Guatemala, septiembre de 2010



UNIVERSIDAD
DEL ISTMO

FACULTAD DE
EDUCACIÓN

Guatemala, 28 de abril de 2011.

**EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE EDUCACIÓN DE LA
UNIVERSIDAD DEL ISTMO**

Tomando en cuenta la opinión vertida por los asesores de Trabajo Final, y considerando que el mismo satisface los requisitos establecidos, **AUTORIZA** al estudiante Doctor **ANDRES YLLESCAS BARRIOS**, la impresión de su Trabajo Final titulado:

"EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA EUTANASIA PASIVA Y MUERTE CEREBRAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS Y DE ENFERMERÍA (ESTUDIO REALIZADO EN FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD MESOAMERICANA Y ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA, QUETZALTENANGO)".

Previo a optar el título de

MÁSTER EN BIOÉTICA

Licda. Mirna Rubí Cardona de González
Decana

7a. Avenida 3-67, Zona 13
PBX (502) 2429-1400 ext. 431
Directo (502) 2429 - 1431
Fax: (502) 2475 - 2192
E-mail: fedu@unis.edu.gt
www.unis.edu.gt
Guatemala, Centroamérica



FACULTAD DE EDUCACION



UNIVERSIDAD
DEL ISTMO

FACULTAD DE
EDUCACIÓN

Guatemala, 29 de enero de 2011.

Señores
Consejo de Facultad
Facultad de Educación
Presente.

Estimados Señores:

Por este medio informo que he asesorado y revisado a fondo el trabajo de graduación que presenta el **DOCTOR ANDRÉS YLLESCAS BARRIOS**, carné 2009-0317, de la carrera de Maestría en Bioética, el cual se titula "**EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA EUTANASIA PASIVA Y MUERTE CEREBRAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS Y ENFERMERÍA (ESTUDIO REALIZADO EN FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD MESOAMERICANA Y ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA, QUETZALTENANGO)**".

Luego de la revisión, hago constar que el Doctor Yllescas, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el *dictamen positivo* sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de estilo.

Atentamente,

Dr. Roberto David
Revisor de Fondo

CC archivo
Bo-04/11

Guatemala, 31 de enero de 2011

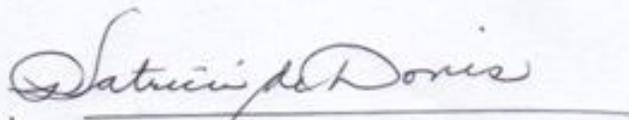
Doctor
Roberto David
Director de Bioética
Facultad de Educación

Estimado Dr. David:

Por este medio informo que he concluido la revisión de estilo del Trabajo Final que presenta el Doctor **ANDRÉS YLLESCAS BARRIOS**, carné 2009-0317, de la carrera de Maestría en Bioética, el cual se titula **"EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA EUTANASIA PASIVA Y MUERTE CEREBRAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS Y DE ENFERMERÍA. (Estudio realizado en Facultad de Medicina Universidad Mesoamericana y Escuela Nacional de Enfermería, Quetzaltenango)"**.

Luego de la revisión, hago constar que el Doctor ANDRÉS YLLESCAS BARRIOS, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el *dictamen positivo* sobre dicho trabajo y confirmo que está listo para imprimir.

Atentamente,



Licenciada
Patricia de Donis
Revisor de Estilo

Indice

Pág.

RESUMEN

INTRODUCCION

| | |
|----------------------------------|---|
| I. MARCO CONCEPTUAL | 1 |
| 1. Tema | 1 |
| 2. Problema | 1 |
| 3. Delimitación | 2 |
| 4. Justificación | 2 |
| 5. Objetivos | 3 |

II. MARCO TEORICO

| | |
|--|----|
| 1. Historia de la eutanasia | 4 |
| 1.1 Primeros conceptos | 4 |
| 1.2 Las asociaciones pro-eutanasia del siglo XX | 5 |
| 1.3 Precedentes legislativos | 5 |
| 1.4 La propuesta de ley en España | 6 |
| 2. Definición de eutanasia | 9 |
| 2.1 Especies de eutanasia | 9 |
| 2.2 Otros conceptos | 11 |
| 2.3 Términos similares y relacionados con el concepto | 11 |
| 2.4 Acciones y decisiones que no son propiamente eutanásicas | 11 |
| 2.5 La confusión de llamar eutanasia pasiva a lo que no es eutanasia | 12 |
| 3. La cultura de la muerte | 13 |
| 3.1 Ideologías que la sustentan | 13 |
| 3.2 La bioética utilitarista | 14 |
| 3.3 Del derecho al suicidio a la muerte por petición | 15 |
| 4. La eutanasia y los cuidados paliativos | 17 |
| 4.1 El acto médico activo | 17 |
| 4.2 Argumentos a favor de la eutanasia | 17 |
| 4.3 Argumentos en contra de la eutanasia | 18 |
| 4.4 Medicina paliativa | 19 |
| 4.5 El respeto médico a la vida del enfermo en fase terminal..... | 21 |

| | |
|---|----|
| 4.6 La cuestión de la eutanasia | 22 |
| 5. ¿Por qué se solicita la eutanasia? | 23 |
| 5.1 Motivos de petición de eutanasia | 23 |
| 5.2 Posturas ante la alternativa de su aplicación | 24 |
| 6. Muerte cerebral | 27 |
| 6.1 Consideraciones médicas relacionadas con la muerte cerebral y la eutanasia..... | 27 |
| 6.2 Decisiones clínicas y evidencia médica | 27 |
| 6.3 Principios éticos en la toma de decisión | 27 |
| 6.4 Mantener o retirar el tratamiento | 28 |
| 6.5 Determinación de muerte cerebral | 29 |
| 6.6 Evolución de los criterios de muerte cerebral | 30 |
| 6.7 El examen clínico | 30 |
| 6.8 Estados neurológicos que pueden simular muerte cerebral | 33 |
| 6.9 Pruebas confirmatorias | 33 |
| 7. Estado vegetativo y Ensañamiento terapéutico | 36 |
| III. MARCO METODOLÓGICO | 40 |
| 1. Hipótesis | 40 |
| 2. Bosquejo | 40 |
| 3. Encuesta | 41 |
| 4. Métodos para tratamiento de datos | 41 |
| IV. MARCO OPERATIVO | 42 |
| 1. Cronograma..... | 42 |
| 2. Recursos y costos | 42 |
| 3. Tabulación e interpretación de resultados | 43 |
| 4. Discusión | 55 |
| V. CONCLUSIONES | 61 |
| VI. RECOMENDACIONES | 62 |
| VII. BIBLIOGRAFIA | 63 |

Resumen

Este estudio investiga la percepción de la eutanasia pasiva y el concepto de muerte cerebral entre estudiantes de medicina de la Universidad Mesoamericana y estudiantes de enfermería de la Escuela Nacional de Enfermería, en Quetzaltenango. El estudio tenía como objetivo describir el grado de conocimiento sobre la eutanasia pasiva y la muerte cerebral en los entrevistados y determinar si existe diferencia significativa en el grado de percepción de los mismos; también se buscaba establecer las razones médicas que se aducen para estar de acuerdo con poner fin a la vida de un paciente. Otro objetivo consistió en investigar los criterios que se consideran para establecer un diagnóstico de muerte cerebral, así como la definición de dicho diagnóstico. Para lograr lo anterior, se elaboró una encuesta de 8 preguntas sobre los tópicos y se entrevistó a 36 estudiantes de medicina y 35 estudiantes de enfermería, ambos grupos presentaban características similares en cuanto a distribución de edad, sexo y nivel educativo; se utilizó la prueba estadística de chi cuadrado. Se encontró que solamente el 15% de los entrevistados identificaron correctamente el concepto de eutanasia pasiva. Por otro lado, el término conocido como estado vegetativo resulta ampliamente confuso y se encontraron resultados mixtos para definirlo. El 33% de las mujeres entrevistadas y el 57% de los hombres respondieron que la aplicación de la eutanasia es válida si el paciente enfrenta un dolor insoportable mientras que razones como una depresión profunda o la pérdida del sentido de la vida no fueron consideradas causa suficiente. El 48% de los entrevistados consideró que los hallazgos electroencefalográficos son suficientes para determinar si hay muerte cerebral mientras que solamente un 20% sugirió basarse en examen clínico y exploración neurológica. Se recomienda hacer énfasis en los conceptos de eutanasia entre estudiantes de ciencias biológicas, su diferenciación y contexto ético y objetivo; también se resalta la necesidad de revisiones continuas y exhaustivas sobre el concepto de muerte cerebral con el fin de evitar el encarnizamiento terapéutico sin menoscabo de la atención médica; también se resalta la necesidad de conocer a profundidad las herramientas diagnósticas como electroencefalograma y su interpretación en casos críticos que requieran un discernimiento bioético que redunde en beneficio del paciente.

Introducción

La sociedad médica mundial y la humanidad han sido espectadores de los últimos cambios que ha habido en diferentes legislaciones, alrededor del mundo, con respecto a tópicos como la eutanasia. Algunos países, incluso, han cambiado legislaciones, para lo cual se han argumentado aspectos como la calidad de vida, dignidad en la muerte, autonomía del paciente, etcétera. América Latina sigue con expectativa esta serie de debates, aunque no participa activamente, pues la legislación de muchos de estos países no permite ningún tipo de intervención médica que ayude a provocar la muerte del paciente. Sin embargo, no ocurre lo mismo con la eutanasia pasiva que sigue siendo considerada como un acto piadoso que permite descansar al paciente y aliviar a la familia, máxime si la situación está enclavada en pacientes que presentan algún tipo de daño cerebral que es irreversible, como el coma cerebral. Mediante este estudio se investiga la percepción de una población de estudiantes de medicina y estudiantes de enfermería con respecto al tema de la eutanasia pasiva, con el fin de determinar si existe al respecto un conocimiento adecuado, las razones por las que estarían de acuerdo y sus ideas concernientes al diagnóstico de muerte cerebral. Se encontró que menos del 50% de los entrevistados tenía conceptos claros sobre la eutanasia pasiva y que el principal factor para considerarla era la presencia de un dolor insoportable. También se concluyó que existe amplia dificultad para definir la muerte cerebral. La mayoría de entrevistados indicaron que harían cualquier esfuerzo por salvar una vida, aún cuando tuvieran que ser utilizados métodos desproporcionados, lo que sugiere fuertemente una práctica de ensañamiento terapéutico. Se determinó en base a ello que es necesario un mayor grado de conocimiento y sensibilización entre la población estudiantil del sector salud respecto del tema, pues el desconocimiento les puede llevar a la realización de prácticas que no solamente irían en detrimento de la salud de los pacientes, sino que además constituirían transgresiones contra la bioética.

I. Marco conceptual

1. Tema.

Evaluación de la percepción de la eutanasia pasiva y muerte cerebral en estudiantes universitarios y de enfermería.

(Estudio realizado en Facultad de Medicina, Universidad Mesoamericana y Escuela Nacional de Enfermería, Quetzaltenango).

2. Problema.

La cultura de la muerte y la idea sobre la responsabilidad y decisión personales acerca del momento en que una persona puede y debe ser considerada como fallecida ha generado mucho debate y actualmente se observa una clara tendencia hacia perfilar tales decisiones como propias, basados en el hecho de que en primer lugar, el sufrimiento es visualizado como un mal innecesario, un desgaste físico y moral que afecta no solamente al enfermo sino que también afecta a la familia. En este contexto, usualmente comienzan a surgir ideas sugestivas que invitan a terminar el sufrimiento, amparándose en lo que muchos han denominado calidad de vida o una muerte digna. No obstante, bajo estos conceptos –muchas veces erróneos y además poco definidos- se aglutinan una serie de tendencias e ideas acerca de las posibilidades reales de facilitar el proceso de muerte. En estas ideas aparecen pensamientos que apelan a las últimas voluntades, tales como el indicar las razones o ideas que dominaban las creencias del paciente, el cual hubiera deseado que le ayudasen a morir, etc. Por otro lado, el papel del médico y terapeuta poco a poco se ha ido extendiendo y actualmente, puede jugar un papel importante al aportar con sus ideas y pronósticos una serie de datos que pueden confundir fácilmente a la familia o incluso al paciente mismo y llegar al punto en el que la propuesta de un proceso de muerte facilitado, termina siendo conceptualizado como algo bueno, noble y de mucho beneficio para todos, bajo el amparo de la ciencia objetiva. El problema es que el término mismo de muerte cerebral permanece todavía muy confuso, no existe un consenso adecuado y es difícil diagnosticarlo con exactitud, lo que puede exigir entonces un criterio objetivo, planteado adecuadamente y sobre todo con ética, para que ello permita un discernimiento adecuado y por consiguiente haga posible obtener los mejores resultados posibles de la medicina actual sin menoscabar la dignidad del paciente.

3. Delimitación

Debido a que el problema parte del concepto de eutanasia pasiva y muerte cerebral, se hace preciso en primer lugar poder definir lo mejor posible estos dos conceptos; evaluar su evolución y posición actual y en base a lo anterior, definir cuál es la percepción de dicha problemática, cómo se evalúa el concepto de muerte y cuáles son los criterios más comunes a tomar en cuenta para la definición de un proceso de muerte cerebral. Para lograr los objetivos propuestos, se plantea realizar un estudio piloto, observacional y transversal que permita captar la percepción hoy, de la eutanasia pasiva y muerte cerebral en un grupo de estudiantes universitarios de la facultad de Medicina y un grupo de estudiantes de Enfermería de la Escuela Nacional de Enfermeras de Quetzaltenango y de esta manera estar en posibilidad de señalar cuáles ideas son las que predominan y, en base a ello, establecer una propuesta que ayude a definir mejor la problemática y contribuir a la formación objetiva, clara y analítica de los conocimientos bioéticos.

4. Justificación.

La cultura de la muerte, expresada a través de las prácticas de eutanasia va frecuentemente acompañada de términos como el de muerte cerebral, que en muchos casos define una defunción. La legislación guatemalteca actualmente considera ilegal y por tanto penaliza, cualquier práctica que vaya en contra de la vida. No obstante, de manera frecuente se establecen prácticas en contra de la vida, las cuales utilizan tácticas sutiles o disfrazadas como lo son el no brindar tratamiento médico, el tener definida una postura ante cualquier emergencia o simplemente el tomar la decisión de suspender el soporte vital y monitoreo a pacientes que usualmente de manera subjetiva, son considerados como clínicamente muertos. Todos estos términos han hecho que la práctica de la eutanasia pasiva se extienda de manera silenciosa, a la sombra de un desconocimiento casi absoluto sobre las condiciones e implicaciones éticas y definitorias que giran alrededor de las diversas circunstancias clínicas. Es así como puede resultar frecuente que bajo la idea de ayudar a tener una muerte digna, o con el objeto de facilitar y hacer el acompañamiento a la familia del moribundo, se realicen prácticas que terminan siendo no solamente ilegales desde el punto de vista jurídico sino que además no son éticas y que, al atentar contra la vida o negar tratamiento médico, terminan siendo una práctica que podría ser penalizada. A pesar de esto, se ha observado que la mayor parte de la veces que se recurre a ello, no existe un deseo premeditado de provocar la muerte sino que generalmente lo que hay es desconocimiento sobre la eutanasia y una amplia dificultad para definir lo que se considera como muerte cerebral. Es por esta razón que

se plantea nuestro estudio, de cara a la creciente necesidad de poder definir una postura que pueda ayudar al personal médico y paramédico a reconocer las diversas situaciones en las que se puede ver envuelto y poder ayudar, de mejor manera a los pacientes, sin detrimento de su calidad de vida, dignidad y con una perspectiva ética y científica.

5. Objetivos.

Objetivo general:

Describir el conocimiento sobre eutanasia pasiva y muerte cerebral que presentan los estudiantes universitarios de Medicina y estudiantes de Enfermería en Quetzaltenango.

Objetivos específicos:

- Determinar si existe diferencia estadísticamente significativa, en la percepción entre estudiantes de medicina y estudiantes de enfermería con respecto a la eutanasia pasiva y la muerte cerebral.
- Establecer las principales razones por las que los estudiantes universitarios están de acuerdo con los procedimientos encaminados a poner fin a la vida.
- Definir el concepto de muerte cerebral entre los entrevistados y evaluar los criterios a tomar en cuenta para elaborar dicho concepto.

II. MARCO TEORICO

1. HISTORIA DE LA EUTANASIA

1.1 Primeros conceptos.

En la antigüedad no había por lo general un respeto íntegro por toda vida humana, aunque no faltaron excepciones como en los casos de Pitágoras, Hipócrates, Galeno y Cicerón, que se batieron siempre por su defensa integral, atribuyéndole un carácter sacro. En el famoso juramento de Hipócrates (alrededor del año 460 a.C.) que ha servido de base para la deontología médica de todos los tiempos, se dice: “No me dejaré convencer por nadie, cualquiera que sea, para suministrar un veneno o dar un consejo en ocasiones de este tipo”. Este mandamiento, como todos, está inscrito también en la conciencia individual y social de la humanidad, aunque es un hecho, que ha sufrido un eclipse total o parcial en determinadas personas, épocas y lugares. Esto no es más que una consecuencia de la existencia de la libertad y de la falibilidad de la conciencia humana, cuando se erige en criterio único de moralidad.

A lo largo de la historia, se ha planteado el problema moral de la vida. En Grecia la tendencia se enfocaba hacia señalar que una mala vida no era digna de ser vivida, no obstante, Hipócrates es la excepción, él prohibía a los médicos la eutanasia activa y la ayuda para cometer suicidio. En la actualidad, la mayor parte del debate se ha centrado sobre el concepto de dignidad humana, la cual, para los defensores de la eutanasia, consiste en el derecho a elegir libremente el momento de la propia muerte (1). Para los detractores de la eutanasia, la dignidad humana obliga a oponerse a la eutanasia por considerarse una arbitrariedad humana frente a un problema moral (2). Otros razonamientos argumentados a favor de la eutanasia incluyen la participación en las decisiones por parte del médico (limitación del esfuerzo terapéutico), la consideración de la autonomía de la persona y los derechos de los pacientes (que cada vez toma más relevancia), mientras que los argumentos en contra incluyen la inviolabilidad de la vida humana, la defensa de su dignidad, independientemente de las condiciones de vida, y las repercusiones sociales de desconfianza. A este respecto, la Asociación Médica Mundial condena tanto el suicidio con ayuda médica como la eutanasia, por considerarlos contrarios a la ética y en cambio recomienda los cuidados paliativos (3).

1.2 Las asociaciones pro-eutanasia del siglo XX

Es en el siglo XX cuando se difunde la mentalidad eutanásica y proliferan las organizaciones pro-eutanasia. En 1932, el presidente de la Society of Medical Officers of Heat, el Dr. K. Millart, exigió la legalización del *mercy-killing* y, para intensificar esos esfuerzos, se funda la asociación *Exit* en 1935, bajo la presidencia de Lord Moynihan, presidente del Real Colegio de Cirujanos. Su vicepresidente, el escritor Arthur Kostler – que padecía Parkinson y leucemia- se suicidó junto con su esposa en mayo de 1984. Con un nuevo nombre –*Voluntary Euthanasia Society*- (VES), la misma asociación sigue impulsando hoy, en Inglaterra, la legalización de la eutanasia.

En Estados Unidos se creó una sociedad similar en 1938, con el nombre de *Euthanasia Society of America*, que, como la británica, redactó sin éxito un proyecto de ley (1947) y creó el *Euthanasia Educational Fund* (1967), para financiar sus campañas de opinión pública. Desde sus orígenes, de modo velado, la *Euthanasia Society of America* ha dejado la puerta abierta a la eutanasia impuesta o involuntaria, por ejemplo, introduciendo el concepto de *hopelessly defective infants* o bien aduciendo razones económicas para justificar una posible eliminación de enfermos terminales en hospitales sobrecargados.

Una de las asociaciones más activas del mismo género es la *NVVVE* holandesa, creada en 1973 y que hoy cuenta con miles de socios. Su líder histórico, el Dr. Admiraal, es autor de un controvertido manual sobre técnicas de suicidio sin dolor.

Existen hoy, en más de 20 países asociaciones pro-eutanasia, que en 1980 celebraron un congreso en Oxford y acordaron constituir la *Federación Mundial de Sociedades para el Derecho a la Muerte*.

1.3 Precedentes legislativos

Durante los años setenta se propagó en algunos países, especialmente en Estados Unidos la práctica del “living will” (testamento biológico). Se trata de una declaración firmada ante varios testigos en la que el interesado manifiesta que, en caso de padecer una enfermedad incurable y dolorosa, no se le deben aplicar medios terapéuticos extraordinarios para prolongar su vida. En 1989, según informaba el New York Times, había 38 Estados norteamericanos con leyes que de un modo u otro aceptaban la validez del living will. En seis Estados (California, Illinois, Maine, Nevada, Rhode Island y Vermont), se reconoce además la validez legal de otro documento en el que el paciente puede designar a otra persona para que decida sobre la prolongación o no de su vida, en el caso de llegar a ser enfermo terminal.

El primer Estado que introdujo una ley que abre paso al reconocimiento legal de algunas prácticas eutanásicas fue California, la cual fue aprobada en 1976 con el nombre de Ley sobre la muerte natural (Natural Death Act). Esta ley partía del presupuesto de que hoy día la sociedad dispone de medios tecnológicos excesivos que, a veces, sólo sirven para retrasar el momento de una muerte inevitable. Era intención de los legisladores evitar abusos en la prolongación artificial de la vida humana, a costa de la dignidad de los pacientes. La alternativa que elegían era la eutanasia voluntaria. La ley autorizaba al sujeto interesado y al médico a estipular un contrato, válido por cinco años, en el que el paciente renunciaba a todo tratamiento extraordinario cuando se encontrara en los casos previstos por la ley: dolor que no se pudiera suprimir por otros medios, enfermedad incurable, situación de enfermo terminal, pérdida de la esperanza respecto a que los medios de reanimación consintieran el retorno a una condición de vida más soportable, etc.

Si bien es verdad que la ley de California daba sólo líneas directrices, sin valor imperativo, obligaba al médico a tener en cuenta ese testamento, junto con otros factores como el parecer de la familia y ésta no tendría fuerza determinante hasta que el paciente fuera informado del carácter terminal de la enfermedad y hubiera reiterado su decisión al menos catorce días después de haber sido informado. A pesar de todas estas condiciones, la ley californiana introdujo un precedente legal peligroso e, indudablemente, se situó en la corriente de la cultura de la muerte. No deja de ser curioso, además, que se intentara elaborar una ley sobre un presunto peligro –el encarnizamiento terapéutico-. En 1977, en Estados Unidos, le siguieron los pasos a California otros seis estados, mientras que en Inglaterra ya se habían rechazado (1936 y 1969) dos proyectos de ley para legalizarla.

1.4 La propuesta de ley en España

En España se discutiría el proyecto de ley preparado por el Senador del grupo socialista Cesáreo Rodríguez Aguilera quien en marzo de 1988 anunciaba a la prensa que estaba elaborando el borrador de un proyecto de ley de eutanasia. Los dos pilares sobre los que debía sustentarse la nueva normativa serían, según el senador socialista, el reconocimiento del testamento vital como documento de validez legal vinculante para terceros y la despenalización, si se cumplieran determinados requisitos, de la ayuda altruista para poner fin a su vida quien no quisiera prolongarla en condiciones indignas. Para poner en práctica estos dos principios sería conveniente, según Rodríguez Aguilera, suprimir el artículo 409 del Código Penal, que tipificaba como delito la ayuda al suicidio (1).

En el mes de enero de 1989 se hicieron públicos los resultados de una encuesta entre los médicos barceloneses sobre una posible ley que regulara la eutanasia. La mayoría era favorable a legislar sobre el tema (82.3% contra 17.2%); entre los partidarios de una ley, el 52.3% pensaba que esa ley debería regular la eutanasia pasiva, pero no la activa; un 43.2% estimaba que habrían de regularse los dos tipos de eutanasia. Esto no quiere decir que el 43.2% de los médicos de Barcelona fueran partidarios de la eutanasia activa. Es más, el 90% se declaraba contra esa forma de eutanasia y el 96% opinaba que cualquier futura ley debería reconocer la objeción de conciencia, para no obligar a los médicos a actuar contra sus principios íntimos. El mayor grado de aceptación de la eutanasia activa (9.9%) se daba en el supuesto de un enfermo en proceso irreversiblemente fatal que hubiera manifestado su voluntad de no seguir viviendo. Si la enfermedad no constituyera amenaza de muerte, pero el enfermo prefiriera no seguir con vida, sólo un 5.8% de los encuestados opinaba que se habría de proceder a la eutanasia activa.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que en la encuesta se denominaba eutanasia pasiva a tres comportamientos recomendados por una resolución del Consejo de Europa:

- 1) No empezar o interrumpir un tratamiento cuando el enfermo lo pidiera de una forma seria y explícita.
- 2) No empezar o interrumpir un tratamiento cuando su inicio o continuación no tuviera sentido de acuerdo con los criterios médicos disponibles en la actualidad.
- 3) Empezar un tratamiento que fuera necesario y que por su naturaleza estuviera dirigido a mitigar el sufrimiento grave de un enfermo, incluso cuando esto supusiera indirectamente una aceleración de la muerte.

Por lo tanto, el alto porcentaje que respondió positivamente a la eutanasia pasiva en realidad era partidario de un comportamiento que no es propiamente eutanásico, sino concorde, en líneas generales, con la deontología médica clásica. Hay que recordar que por eutanasia pasiva suele entenderse algo de mayor gravedad: la no aplicación de tratamientos debidos al enfermo.

Gonzalo Herranz, Presidente de la Comisión central de Deontología de la Organización Médica Colegial de España, preparó un código deontológico que sigue los principios fundamentales sugeridos por el Consejo de Europa (1987). En él se rechazaba la eutanasia pero se advertía la inutilidad del encarnizamiento terapéutico en casos sin esperanza, si bien regía siempre el imperativo de atender al paciente hasta el final, mitigar su dolor, reconfortarle y darle el alimento y curas ordinarias.

En el año 1988, la Comisión central de Deontología médica española hizo pública una declaración sobre la eutanasia, en la que se exponían los principios éticos que debían observarse ante el problema: En artículos de prensa y en programas de radio y televisión se emplean con frecuencia las expresiones *ayuda a morir* o *muerte digna*. Tales expresiones son confusas, pues aunque tienen una apariencia aceptable, esconden con frecuencia actitudes contrarias a la ética médica. Además, tienden a borrar la frontera que debe separar la asistencia médica al moribundo de la eutanasia. La asistencia médica al moribundo es uno de los más importantes y nobles deberes profesionales del médico, mientras que la eutanasia es la destrucción deliberada de una vida humana. Y aunque se realizara a petición de la víctima o por motivos de piedad en el que la ejecuta, no deja de ser un crimen que repugna profundamente a la vocación médica sincera. (1).

2. DEFINICION DE EUTANASIA

Etimológicamente, *eutanasia* viene del griego *eu* (bien) y *thanatos* (muerte), y significa primariamente buena muerte, muerte apacible, sin sufrimientos. Según la tradición cristiana, buena muerte es la de quien se prepara espiritualmente al encuentro con Dios. Esta palabra también fue usada por Francisco Bacon, quien afirmó que la función del médico es devolver la salud y mitigar los sufrimientos y dolores, no sólo en cuanto esa mitigación puede conducir a la curación, sino también si puede ser útil para procurar una muerte tranquila y fácil.

En el siglo XVIII se le considera como “acción que produce una muerte dulce y fácil”; y en el siglo XIX se le define como “acción de matar a una persona por motivos de piedad” o como “muerte por piedad”. Actualmente se suele definir como la operación voluntaria de facilitar la muerte sin dolor, por razones de piedad: ya sea para evitar duros sufrimientos a los enfermos, o bien para evitar un futuro doloroso a una vida humana sin valor.

Elio Sgreccia, Director del departamento de Bioética de la Universidad Católica de Roma, define la eutanasia como la supresión indolora o por piedad de quien sufre o se considera que sufre y que pueda sufrir en el futuro de modo insoportable. Otra definición que abarca de modo global los sujetos de la eutanasia es la siguiente: “intervención (generalmente de carácter médico) que suprime, de modo indoloro y con anticipación, la vida de enfermos incurables o con dolores insoportables o ya próximos a morir, y de personas irremediabilmente ineficientes (niños anormales, viejos decrepitos) y/o pacientes que sufren, con la finalidad de no hacerles sufrir más. En este sentido, la eutanasia es el homicidio intencional, realizado con métodos indoloros, por piedad”.

La congregación para la Doctrina de la Fe ofreció en su Declaración en 1980 otra definición de tipo general: acción u omisión que, por su naturaleza o de modo intencional, procura la muerte con el fin de eliminar todo dolor (1).

2.1 Especies de eutanasia

El concepto permite distinguir las siguientes modalidades:

- a) *Eutanasia agónica*: provocación de la muerte sin sufrimiento en un enfermo ya desahuciado.
- b) *Eutanasia lenitiva*: empleo de ciertos fármacos, para aliviar el dolor físico causado por una enfermedad mortal, y que, secundariamente, pueden llevar consigo un

cierto acortamiento de la vida. Propiamente no se le debería llamar eutanasia, pues el empleo de estos fármacos puede ser moralmente lícito.

- c) *Eutanasia suicida*: el propio sujeto recurre al uso de medios letales para acortar o suprimir su vida; en este tipo de eutanasia pueden concurrir también, con su actuación, otras personas que coadyuvan al desenlace mortal sin ser ellas mismas autoras principales.
- d) *Eutanasia homicida*: permite considerar dos tipos: el homicidio piadoso o acortamiento de la vida de una persona, para liberarle de las taras de una enfermedad terrible, de una deformación física o de una vejez angustiosa, y la eutanasia de tipo económico o social, cuyo objetivo es eliminar vidas humanas que se consideran una carga para la sociedad, o vidas sin valor vital.
- e) *Eutanasia negativa o distanasia*: práctica que tiende a alejar lo más posible la muerte, prolongando la vida de un enfermo, de un anciano o de un moribundo, ya inútil y desahuciada, sin esperanza humana de recuperación, utilizando no sólo los medios ordinarios sino los extraordinarios, muy costosos en sí mismos. Mientras que en la eutanasia se busca poner fin a la vida de un paciente –por acción u omisión- anticipando terapéuticamente su muerte, en la distanasia se busca impedir o suspender el proceso de la muerte biológica del enfermo. Entre una eutanasia que aproxima la muerte y una distanasia que la retrasa desproporcionadamente, habría que situar la ortotanasia, que es la muerte en el momento conveniente para la persona.
- f) *Eutanasia positiva*: provocación de la muerte por medio de una intervención adecuada, generalmente mediante la administración de un fármaco. La división entre eutanasia activa y pasiva es poco clara en la práctica: para el paciente todo es pasivo en lo que se refiere a tratamientos que recibe o no recibe, mientras que para el médico todo es activo, incluida la decisión de no aplicar más tratamientos.

En cuanto al tipo de destinatario de la eutanasia, se puede distinguir la eutanasia sobre el enfermo terminal, el perinatal, psíquico y social.

El caso de la eutanasia perinatal está teniendo cada vez mayor difusión, cuando no se ha recurrido en su momento al aborto y no se quiere aceptar al recién nacido con alguna deformación.

2.2 Otros conceptos

Algunos conceptos que también han sido relacionados con la eutanasia incluyen el suicidio asistido (proporcionar en forma intencional los medios necesarios para suicidarse), la cacotanasia (eutanasia impuesta sin el consentimiento del afectado), ortotanasia (dejar morir sin emplear medios desproporcionados o exagerados); actualmente se ha sustituido el término por el de *muerte digna* y la distanasia (se pospone el momento de la muerte recurriendo a cualquier medio artificial, pese a la seguridad que no hay opción de regreso a la vida) (4).

2.3 Términos similares y relacionados con el concepto

- 2.3.1 Encarnizamiento terapéutico (obstinación o ensañamiento terapéuticos): consiste en la aplicación de tratamientos inútiles; o, si son útiles, desproporcionadamente molestos o caros para el resultado que se espera de ellos.
- 2.3.2 Sedación terminal: correcta práctica médica de inducir el sueño del paciente, para que no sienta dolor, en los ya muy raros casos de dolores rebeldes a todo tratamiento. Una sedación suave acompañada de analgésicos, que los potencian, manteniendo la conciencia del paciente es muy recomendable.
- 2.3.3 Enfermo desahuciado: el que padece una enfermedad para la que no existe un tratamiento curativo y que es mortal, aunque no necesariamente a corto plazo.
- 2.3.4 Enfermo terminal: el que padece una enfermedad irrecuperable, previsiblemente mortal a corto plazo; en un término de dos semanas o un mes, a lo sumo.

2.4 Acciones y decisiones que no son propiamente eutanásicas

En 1981, el Consejo Pontificio *Cor Unum* publicó un documento en el que se resumían las conclusiones de un grupo de expertos sobre los problemas médicos y pastorales más acuciantes en el tema de la eutanasia. Allí se señalaban tres campos en los que, para no confundir los conceptos, no se habría de aplicar el término eutanasia:

- Para indicar las *curas terminales* destinadas a hacer más soportable la fase terminal de la enfermedad;
- Para indicar la *decisión de renunciar a ciertas intervenciones médicas* (la renuncia a los medios extraordinarios) que no parecen adecuadas a la situación del enfermo. En este caso no se trata de una decisión de hacer morir, sino de

mantener el sentido de la medida ante los recursos técnicos, de no actuar de manera irracional, de comportarse con prudencia.

- Para indicar una intervención destinada a aliviar el dolor del enfermo, aunque sea con el riesgo de abreviarle la vida. Este tipo de intervención forma parte de la misión del médico, que no consiste sólo en sanar o prolongar la vida, sino más bien en curar al enfermo y darle alivio cuando sufre.

Finalmente, este Documento señalaba que convendría utilizar el término eutanasia sólo para aquellos actos que “consisten en poner fin a la vida del enfermo” dentro de esta aclaración terminológica, resultaba claro que ningún tipo de eutanasia podría considerarse lícita (1).

2.5 La confusión de llamar eutanasia pasiva a lo que no es eutanasia

No son pocos los que al hablar de eutanasia pasiva se están refiriendo a algo que no es eutanasia. Entienden, erróneamente, que eutanasia pasiva es no instaurar o suspender tratamientos médicos inútiles. Pero no instaurar o suspender esos tratamientos no es ningún homicidio deliberado, sino un acto ético, por cuanto constituye práctica médica correcta, repleta de ciencia y de prudencia médica. El Código de Ética y Deontología Médica, al condenar el encarnizamiento terapéutico, confirma por contraste, la dignidad ética del médico que se abstiene de acciones deliberadamente inútiles. Llamar eutanasia pasiva a lo que es una correcta abstención de lo inútil crea un espejismo peligroso: el de creer que hay una variante virtuosa de eutanasia. Matar adrede a un enfermo no puede ser unas veces bueno y otras malo, según el procedimiento (acción u omisión), que se haya usado para conseguirlo (6).

No dar tratamiento médico a un enfermo puede originar conductas profesionales diametralmente opuestas. Puede ser un modo intencionado de privarle de la vida; es decir, constituye una conducta eutanática en comisión por omisión: ejemplo claro de la mal llamada eutanasia pasiva y caso contrario, puede significar una conducta médica correctísima, en caso de que el paciente sufra enfermedad incurable, y cualquier tratamiento médico agresivo sea ya inútil para él. Ello no significa que en tal circunstancia, el médico pudiera abandonarle, sino que deberá administrarle los cuidados paliativos que le permitan morir con dignidad. En conclusión: no existe una eutanasia activa y una eutanasia pasiva. Sólo existe eutanasia, una conducta siempre deontológicamente condenable, encaminada a matar (por acción u omisión) a quien padece una enfermedad incurable o sufrimientos insoportables (5).

3. LA CULTURA DE LA MUERTE

Algunos expertos consideran a la calidad de vida como un estado libre de sufrimiento que cobra un valor primario y fundacional de la vida humana plena; el sufrimiento es considerado un estado de existencia inferior que se puede eliminar sin resquemores morales, si el sufriente no tiene un estado de conciencia adecuado (6). De este modo, la calidad de vida se transforma en una fórmula ideológica de la superioridad de la vida libre de sufrimiento cognitivamente intacta y que minimiza la existencia de todos los que sufren (con menor calidad de vida) (7) y permite su eliminación si se les considera no poseedores de conciencia e incapaces de comunicarse (8); conceptualizada de este modo, la calidad de vida se instala en una concepción hedonista, descarnada y limitada a los que tienen conciencia de sí, lo cual descalifica a los que no la poseen, quedando así instaurada la lógica que divide a los seres humanos en moralmente respetables (con status de persona) y en moral y existencialmente desechables, quedando la idea de normalidad circunscrita al hombre sano, inteligente y racialmente puro (9).

El término Cultura de la muerte se refiere a una mentalidad, a una manera de ver al ser humano y al mundo, que fomenta la destrucción de la vida humana más débil e inocente por parte de los más fuertes y poderosos. El término fue acuñado por Juan Pablo II en su encíclica *El Evangelio de la vida*, publicada el 25 de marzo de 1995. El aborto, la eutanasia y la manipulación genética son los ejemplos de esta situación que describe el Papa. Ya no se trata principalmente de una matanza de seres inocentes por medio de guerras y atropellos bélicos, sino de una silenciosa y sutil, pero aun más nefasta, destrucción de la vida humana, que cuenta incluso con la aprobación de un gran sector de la sociedad, con el amparo de la ley, y que es perpetrada precisamente por algunos de aquellos que se supone son los primeros defensores de la vida: los médicos y otros profesionales de la salud (10).

3.1 Ideologías que las sustentan

La ideología en la que descansa la cultura de la muerte es la llamada eugenesia, hija directa de Darwin que reza: si las especies se transforman por selección natural, hay razas inferiores y razas superiores.

Las aplicaciones actuales de la eugenesia incluyen:

El aborto: asesinar a una persona antes de que nazca.

Se distinguen dos tipos: el aborto terapéutico, que nada tiene de terapia pues no cura a nadie y que incluye términos como el diagnóstico prenatal, y por otra parte, el aborto legalizado, conocido como interrupción voluntaria del embarazo –IVE-, que se basa en el hijo no deseado.

La eutanasia: cuya finalidad es reducir el costo de mantenimiento de las personas de edad avanzada y de aquellas que se han convertido en socialmente inútiles y, por no alcanzar ciertas normas de calidad de vida, son considerados como indignos de vivir. (El sistema permite perpetuar los sistemas de jubilación para las personas activas con buena salud).

La manipulación genética: que consiste en la utilización de personas humanas para fines de laboratorio, como por ejemplo la fecundación *in vitro* con transferencia de embriones, separando por consiguiente la procreación de la sexualidad (10).

3.2 La Bioética utilitarista

La lotería de la supervivencia de John Harris (escritor de origen inglés conocido por haber sido el redactor del *Lexicon technicum*, o diccionario de artes y ciencias en 1704) se cuenta entre los frutos más recientes de la bioética utilitarista. Un ejemplo de ello es lo que define como la muerte a petición, de la cual argumenta que aunque el sano juicio, resiste, por principio, a la mera insinuación de matar a alguien sólo porque el interesado lo pida. ¿Acaso no es éste un individuo autónomo y con libre voluntad quien en último término sabe mejor que nadie lo que es bueno para él? Carecen, por ejemplo, nos dice, de la condición necesaria para exigir algo similar al derecho a la vida quienes no disponen todavía de la autoconciencia, o los que han dejado de disponer de ella, o bien quienes carecen de la conciencia temporal, de modo que les falta interés por seguir viviendo, o quienes ya no pueden continuar teniéndola por esa razón, o incluso quienes la han perdido definitivamente. Puede ser que, a pesar de ello, todavía no se les pudiera eliminar si, por ejemplo, matarles pudiera chocar con los intereses de las personas que aprecian al afectado o sencillamente si esto va en contra del interés público; pero la posibilidad de que llegue a permitirse la eliminación de los recién nacidos, que no disponen de las mencionadas condiciones para titular el derecho a la propia vida, podría conducir a una situación de considerable inseguridad social. Representan sus argumentos, parece ser, juegos filosóficos de pacotilla que terminan por ilustrar que matar no es, por principio, éticamente

rechazable, especialmente al comienzo y al final de la vida, esto es, cuando se trata de no nacidos, pero también de recién nacidos y de dementes, personas en coma irreversible, enfermos terminales o que sufren mucho, tanto más si son ellos mismos quienes lo piden.

Buhigas (10), indica que Müller señala dos puntos de disputa que son dignos de atención: en primer lugar, la diferencia entre matar y dejar morir; en segundo lugar, la relación entre la aceptación de la muerte por demanda y la valoración jurídico-moral del suicidio.

3.3 Del derecho al suicidio a la muerte por petición

Muchos autores, ya no están de acuerdo con la desaprobación jurídico-moral del suicidio, ya que despedirse voluntariamente de la vida lo consideran una consecuencia legítima del derecho a la libre autodeterminación. Así, curiosamente, el tolerado auxilio al suicidio se convierte en un extraño altruismo: un servicio a favor de la autonomía de quien quiera matarse. Es cierto que habrá que estar vigilantes con toda clase de reflexiones en cada caso concreto de manifestarse un deseo de suicidio: si se trata de un deseo repentino, como consecuencia de un cortocircuito mental, o un signo de que se ha enfermado psíquicamente, o un acceso de notoriedad teatral, o simplemente un disimulado deseo de afecto, amor, entrega o comprensión (11).

Esto ha llevado a autores, como Shaw (12) a opinar que si un paciente es mentalmente competente y desea morir, su cuerpo en sí le constituiría un soporte vital no deseado que prolongaría de manera innecesaria y no agradable su vida mental.

En el 2001, Holanda se constituyó en el primer país del mundo en aceptar legalmente la eutanasia. Posteriormente, Bélgica se unió a Holanda en la legalización de ésta. como una opción médica bajo condiciones específicas, particularmente la petición persistente y voluntaria del paciente. Luxemburgo está hoy por convertirse en el tercer país en legalizar la eutanasia, con una ley que ha entrado en vigor el 1 de abril de 2009 (13).

Por su parte, la Asociación Médica Mundial (AMM), en su Asamblea General en 1987 estipula lo siguiente: La eutanasia es contraria a la ética. Ello no impide al médico respetar el deseo del paciente de dejar que el proceso natural de la muerte siga su curso en la fase terminal de su enfermedad. Respecto del suicidio con ayuda médica, la Declaración de la AMM en 1992 estipula que El suicidio con ayuda médica, como la eutanasia, es contrario a la ética y debe ser condenado por la profesión médica. Que

cuando el médico ayuda intencional y deliberadamente a la persona a poner fin a su vida, entonces el médico actúa contra la ética. Que sin embargo, el derecho de rechazar tratamiento médico es un derecho básico del paciente y el médico actúa éticamente, incluso si al respetar ese deseo el paciente muere. Al conocer sobre la aprobación por la legislación de la práctica de la eutanasia en algunos países, la AMM reafirma su firme convicción de que la eutanasia entra en conflicto con los principios éticos básicos de la práctica médica e insta resueltamente a todas las asociaciones médicas nacionales y a los médicos a abstenerse de participar en la eutanasia, incluso si está permitida o despenalizada por la legislación nacional, bajo ciertas condiciones (14).

Un estudio dirigido a 2021 empleados del Gobierno Federal Mexicano en el cual se utilizó un cuestionario con información básica (edad, sexo, estado civil, número de hijos, religión, nivel educacional) investigó respecto de sus opiniones sobre la eutanasia. Para los propósitos de este estudio, se consideraron 3 tipos de eutanasia: la eutanasia pasiva; la eutanasia activa y la activa en término medio (aplicación de sustancias que mantienen a un paciente sedado y confortable mientras se mantiene la alimentación); se encontró que la eutanasia pasiva y de término medio eran aceptadas por un 40% de la población entrevistada, mientras que la eutanasia activa solamente fue aceptada por un 20%. Los porcentajes fueron mayores entre jóvenes, entre los que no practican ninguna religión y entre graduados y profesionales de alto nivel (15). Esto ha llevado a continuas revisiones en un afán por definir de mejor manera la terminología actual así como tratar de evaluar la jerarquización de valores, cambios en la visión de la muerte de acuerdo con la cultura, religión y pensamiento predominantes en cada pueblo y cada época, así como los avances científicos y tecnológicos (16).

4. LA EUTANASIA Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS

4.1 El acto médico activo

Respecto de este tema, Pardo, en el libro *Bioética Práctica* (17) indica que se incurre en eutanasia cuando se tiene la intención de poner punto final a la vida o de acelerar la muerte de una persona. No hay eutanasia cuando se tiene la intención de aliviar los sufrimientos del enfermo terminal, aunque el suministro de fármacos pueda acelerar la muerte de esa persona. Incluso cuando a falta de otros medios, con el consentimiento del paciente, se recurra a alternativas terapéuticas de que dispone la medicina más avanzada, aún en fases experimentales y no libres de todo riesgo. Tampoco hay eutanasia cuando (garantizando siempre los cuidados médicos básicos e indispensables al paciente), se omiten, no se inician o se interrumpen procedimientos desproporcionados o inútiles para el enfermo. En la práctica, eutanasia es facilitar o provocar intencionalmente la muerte de otra persona, mediante un acto médico activo (inyectando algún fármaco letal), o pasivo (abandono de ayuda o cuidados médicos adecuados).

En Holanda se define la eutanasia como la terminación activa de la vida de un paciente por su propia petición, mediante intervención de un médico. Esta definición corresponde a la eutanasia voluntaria (suicidio asistido), ya que la eutanasia no-voluntaria, es la terminación de la vida de un paciente, sin su petición explícita y eutanasia involuntaria, cuando se termina con la vida de un paciente, aún en contra de su voluntad. Aunque toda eutanasia es éticamente un homicidio, estas dos últimas formas de eutanasia, tienen consideración legal y jurídica de homicidio.

4.2 Argumentos a favor de la eutanasia

Los argumentos a favor de la eutanasia se basan en mantener el principio de autonomía o autodeterminación humana; cuando una situación de enfermedad, sufrimiento o dependencia, resulta inevitable y las molestias de una supervivencia prolongada pesan más que sus beneficios y en evitar en lo posible, el sufrimiento o agonía prolongados que se verían como deshumanizados, por lo que constituirían entonces, un acto de misericordia provocar la muerte.

4.3 Argumentos en contra de la eutanasia

Se basan en el concepto inadecuado de la *autonomía* al exaltar sin límites el principio bioético de la autonomía del paciente; basta recordar que los principios básicos en toda intervención médica, son primero los de no maleficencia y de justicia, y en segundo término, los de beneficencia y de autonomía. Con la eutanasia, bajo estas premisas se pretendería aplicar el principio ético de beneficencia y se malinterpretaría el principio de autonomía. Por otro lado, no existe un derecho a la propia muerte, que supone considerar la vida como un bien patrimonial más, negándole su legítima dignidad, no por relación a su poseedor, que no propietario. Aunque la autonomía es un elemento importante en la dignidad de una persona, la falta de una plena autonomía no resta dignidad a la persona, pues se estaría cuestionando la dignidad de personas discapacitadas, o dependientes de otros, que no disfrutaban de autonomía plena (17).

Cuando se administran los cuidados necesarios y adecuados al paciente, rara vez se solicita la eutanasia. Muchos pacientes que piden que se les acelere o provoque la muerte, lo que están pidiendo realmente, es que no quieren seguir viviendo de esa manera y en esas condiciones. Surge, además, otra pregunta; ¿Es la eutanasia una decisión libre? ¿Tiene realmente un enfermo grave, que padece con frecuencia depresión o disminución de su capacidad mental, la plena lucidez para solicitar libre y responsablemente, su propia muerte? ¿Puede en estas situaciones que nublan el juicio o debilitan las resoluciones personales, medir imparcialmente el alcance de sus decisiones? Modificando la actitud ante el enfermo, aliviándole, consolándole y comprendiéndole en esos momentos, la actitud el paciente ante su momento vital, puede variar radicalmente. Aquí valdría citar que no hay muerte digna, sino formas dignas de enfrentar la muerte.

La autorización de la eutanasia, empeoraría irremediablemente la relación médico-paciente, y minaría la confianza de los pacientes y del público en general sobre la práctica de la medicina, en la que un concepto esencial es el convencimiento del paciente de que su médico no abandonará nunca a su enfermo ni tampoco le infringirá un daño deliberado. El concepto utilitarista de que con la eutanasia, quedarían más recursos sanitarios disponibles para salvar un mayor número de personas, encubre una mentalidad eugenésica, y considera a la medicina como un recurso económico más al servicio de una sociedad sin enfermos graves, incurables, dependientes, discapacitados, es decir una sociedad perfecta. Esta es la concepción utilitarista y amoral, de la vida, según la cual no hay acciones intrínsecamente buenas o malas sino acciones útiles o

inútiles. Todo lo útil sería bueno y todo lo inútil sería malo. El fin, justificaría los medios (17).

Durante el desarrollo del caso de Terri Schiavo y el de Eluana Englaro se cuestionaba. ¿Pueden considerarse la alimentación y la hidratación como medios extraordinarios para mantener la vida? Obviamente no, pero ésta fue la razón que se consideró para condenar a muerte, mediante la eutanasia, a estas pacientes.

Beca y colaboradores consideran que el derecho a morir es un tema de debate que necesita que algunas nociones sean clarificadas para poder discutirlo, pues argumenta que la muerte necesita ser reconocida como parte de la vida humana y el objetivo de la medicina es evitar el dolor y aliviar el sufrimiento. El concepto de eutanasia hoy, permanece no aclarado y esto incrementa la confusión sobre los tópicos relacionados con el fin de la vida. El término eutanasia debería ser utilizado solamente cuando se refiere a los actos médicos realizados para producir la muerte del paciente, con la intención de terminar su sufrimiento; algo que es llamado eutanasia activa, que puede ser voluntaria o involuntaria; por tanto es esencial comprender la diferencia entre producir la muerte y dejar morir. El limitar el tratamiento no significa abandonar al paciente sino redefinir sus necesidades, tales como el tratamiento del dolor, la prevención de las complicaciones y el alivio del sufrimiento. La ética racional para estas decisiones es el respeto a la dignidad de la vida humana y la estimación de la proporcionalidad de la utilidad de cada tratamiento (18).

4.4 Medicina Paliativa

Ante la inminencia de la muerte, todo ser humano tiene el derecho de morir en paz. Ante situaciones en las que la muerte parece inminente e inevitable, la obstinación de los médicos en proporcionar tratamientos o intervenciones claramente desproporcionados a las condiciones clínicas y que únicamente lograrían prolongar de forma precaria y penosa la vida del enfermo, esta medida no podría significarse como lícita, moral ni éticamente aceptable, y supondría una conducta médica reprochable e inapropiada. Cuando el paciente o sus familiares solicitan la eutanasia, por la repugnancia natural a verse implicados directamente en la muerte del paciente y por la aversión natural a emplear venenos disponibles al público en general, lo hacen usualmente a través del médico. La renuncia a medios extraordinarios o desproporcionados no equivale al suicidio o a la eutanasia; expresa más bien la aceptación de la condición humana ante la muerte. En

buena lógica, sin embargo, el derecho legítimo a decidir sobre su propio tratamiento, lo cual no implica el derecho a cometer suicidio (19).

Como alternativa válida y ética, se está imponiendo y desarrollando cada vez más, una nueva especialidad médica y sanitaria, los llamados Cuidados Paliativos. La Medicina Paliativa, no busca prolongar obstinadamente la vida del enfermo ni acortarla indebidamente con una práctica eutanásica, sino que busca cuidar con dignidad el período terminal de la vida del enfermo y se convierte así en una alternativa válida, ética e irreprochable contraria a la eutanasia y al encarnizamiento terapéutico. Desde el punto de vista ético y terapéutico, la sedación paliativa o terminal es una maniobra terapéutica dirigida a aliviar el sufrimiento del paciente y no el dolor, pena o aflicción de la familia o del equipo sanitario. La presencia de un intenso sufrimiento en la familia pudiera considerarse, en casos seleccionados, como una indicación de ingreso del paciente en una unidad específica de Cuidados Paliativos.

La sedación es una cosa muy distinta de la eutanasia. En primer lugar y sobre todo, se diferencian en la intencionalidad, ya que lo que se busca con la sedación es el alivio del síntoma que incluso pudiera llegar a la pérdida de la vida consciente, pero no busca la eliminación de la vida física, que es la intención y finalidad de la eutanasia. Incluso la pérdida provocada de la conciencia, debe ser controlada por el médico de forma que se alterne y permita períodos conscientes, para que el paciente pueda disponer sus últimas voluntades o despedirse de sus familiares.

En tal sentido la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, aprobó en 1999, recomendaciones que resumiendo, garantizarían a las personas moribundas o en fase terminal, su derecho legal a cuidados paliativos y tratamiento del dolor adecuados, ambulatorios si fuera preciso, proporcionados en instituciones y por profesionales capacitados ad hoc, así como su derecho a una información veraz si la deseara, a decidir a no recibir tratamientos desproporcionados contra su voluntad o bajo la presión de terceros, o por motivación económica (19).

4.4.1. La sedación

Un documento de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos definía la sedación paliativa como la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la consciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas

refractarios y con su consentimiento explícito, implícito o delegado. Evidentemente no hay que confundir la sedación, éticamente aplicada, con la eutanasia. En la sedación, la intención es aliviar el sufrimiento del paciente, el procedimiento es la administración de un fármaco sedante y el resultado, el alivio de ese sufrimiento; en cambio, en la eutanasia la intención es provocar la muerte del paciente, el procedimiento es la administración de un fármaco letal y el resultado la muerte (20).

4.4.2 Ética de la sedación en la agonía

En Medicina Paliativa se entiende por sedación la administración de fármacos apropiados para disminuir el nivel de conciencia del enfermo ante la presencia de un síntoma refractario a los tratamientos disponibles. Los pacientes que padecen una enfermedad en fase terminal, oncológica o no, presentan, a veces, en sus momentos finales algún síntoma que provoca un sufrimiento insoportable, que puede ser difícil o, en ocasiones, imposible de controlar. La frontera entre lo que es una sedación en la agonía y la eutanasia activa se encuentra en los fines primarios de una y otra. En la sedación se busca conseguir, con la dosis mínima necesaria de fármacos, un nivel de conciencia en el que el paciente no sufra, ni física, ni emocionalmente, aunque de forma indirecta pudiera acortar la vida. En la eutanasia se busca deliberadamente la muerte inmediata. La diferencia es clara si se observa desde la Ética y la Deontología Médica (21).

4.5 El respeto médico a la vida del enfermo en fase terminal

La Ética y la Deontología Médica establecen como deberes fundamentales respetar la vida y la dignidad de todos los enfermos, así como poseer los conocimientos y la competencia debidos para prestarles una asistencia de calidad profesional y humana. Respetar la vida y la dignidad de los enfermos implica atender su voluntad, expresada verbalmente o por escrito, que deberá constar siempre en la historia clínica, mitigar su dolor y otros síntomas con la prudencia y energía necesarias, sabiendo que se está actuando sobre un organismo particularmente vulnerable cuando su curación ya no es posible. En la situación de enfermedad terminal, la ética médica impone también la obligación de acompañar y consolar, que no son tareas delegables o de menor importancia, sino actos médicos de gran relevancia para la calidad asistencial (20, 21).

4.6 La cuestión de la eutanasia

Se va abriendo camino un discurso que presenta la práctica de la eutanasia como un derecho subjetivo, cuyo ejercicio, la sociedad y las leyes han de poner a disposición de quienes libremente decidan que, por el estado gravemente patológico en que se encuentran, su vida ya no tiene sentido pues sólo presenta una expectativa de sufrimiento difícilmente soportable. A su vez, el discurso proclive al derecho a una muerte digna da por supuesta una identificación, sumamente problemática, entre dignidad y salud, o incluso calidad de vida y, correspondientemente, entre falta de salud e indignidad. El dolor, la enfermedad o la muerte son males físicos, pero no son una indignidad, ni destruyen el valor intrínseco de la persona que los padece. Tal valor no implica, como es natural, la prohibición de intervenir en la vida humana, sino el deber de hacerlo siempre «médicamente», es decir, con la intención de curar y, si esto no es posible, al menos paliar el dolor, acompañar al paciente y a sus familiares y tratar de sostenerles en las mejores condiciones posibles hasta que la vida se extinga naturalmente (22).

Por otra parte, la evolución de enfermos en fase terminal, como los que padecen cáncer, conduce, en muchas ocasiones, a fases de la enfermedad en las que no existen tratamientos específicos, por lo que es fundamental el respeto de la autonomía personal y la posibilidad del rechazo de tratamientos fútiles. Con el adecuado control de los síntomas es posible lograr que la mayoría de los enfermos no padezcan sufrimientos innecesarios y la medicina paliativa ofrece un procedimiento altamente eficaz, como lo es la sedación, aplicable cuando sea imposible el control sintomático con otros medios. Con una cobertura adecuada de cuidados no debería ser necesario introducir leyes de suicidio asistido y/o eutanasia activa voluntaria, ni por la magnitud de la demanda, ni por las dificultades en el adecuado control sintomático (23).

5. ¿POR QUÉ SE SOLICITA LA EUTANASIA?

5.1 Motivos de petición de eutanasia

Las razones por las cuales pacientes o familiares solicitan la práctica de la eutanasia pueden agruparse en cinco: el dolor, el sentimiento de inutilidad, la depresión, los motivos familiares y la falta de trascendencia. Una correcta detección de ellos debe permitir al médico tratarlos haciendo innecesaria la aplicación de la técnica eutanásica, que no deja de ser una práctica todavía ilegal en la mayoría de los países del mundo y rechazada tanto por la Asociación Médica Mundial como por los más importantes códigos éticos médicos. (24).

Es importante tener en cuenta que el enfermo terminal puede estar deprimido, y una forma de detectarlo son sus deseos de autólisis (hacerse daño). Por este motivo, quizás cuando el enfermo terminal está pidiendo la eutanasia, tan sólo está mostrando un síntoma de una nueva enfermedad que está desarrollando: la depresión. Según un estudio realizado por el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, un 60% de los enfermos terminales están deprimidos, y de ellos, un 25% están muy deprimidos. Así, pues, su prevalencia no es nada despreciable y hay que tenerla muy en cuenta, ya que, este trastorno psiquiátrico haría desaparecer la supuesta autonomía del enfermo para pedir la eutanasia si ésta se legalizara (24).

También se ha demostrado que los enfermos que realmente deseaban la muerte diferían de los demás en la pérdida de interés en sus actividades, desesperanza y deseo de morir, pero no en el grado de dolor; además se encontró que la mayor parte de estos individuos tenían tendencia a la depresión o algunos padecían de ella. (Este estudio fue realizado en pacientes con estadios avanzados de cáncer) (25). Por otro lado, un estudio de Ganzini y colaboradores publicado en el British Medical Journal (26) tenía como objetivo determinar la prevalencia de depresión y ansiedad en los pacientes enfermos terminales que solicitaban ayuda para morir, de parte de los médicos en Oregon, Estados Unidos, uno de los estados que permiten la eutanasia como forma legal. Se encontró que de 58 pacientes que habían solicitado la eutanasia, 15 llenaron criterios para depresión y 13 llenaron criterios para ansiedad. Esto demuestra que la práctica actual del Acta de Muerte Digna (Death with Dignity Act, en inglés) puede fallar al proteger a algunos pacientes cuya elección está influenciada por la depresión al recibir una prescripción para una medicina letal. Estos resultados son comentados por Koch (27), quien pone de manifiesto que se observa el mismo fenómeno que en Holanda: la terminación de la vida en personas que sufren con enfermedades terminales termina

siendo un medio para aquellas personas con problemas más bien existenciales o más psicológicos que físicos. Así mismo, lo demostró un estudio retrospectivo en el cual se evaluaron los casos de muerte atribuidos al Dr. Kerkovian en el cual no se encontró ninguna persona con enfermedad en estadio terminal y sí varios casos cuya necropsia no reveló ninguna disfunción orgánica específica. La depresión generalmente está presente en los casos de limitación física y enfermedad crónica. (28).

4.2 Posturas ante la alternativa de su aplicación

El enfoque de la eutanasia, más que en el tratamiento, y el soporte paliativo y tratamiento psicológico hacen que la decisión terapéutica de finalizar la vida sea prematura y frecuentemente parcial (29). Esto se ignora en el nombre de la autonomía y la evidencia que argumenta que muchas de esas limitantes crónicas y condiciones precarias y progresivas pueden, después de un período inicial de ansiedad y depresión, encontrar un alivio importante luego que sea instituido el tratamiento paliativo y soporte psicológico al igual que se ignora la vida potencialmente fructífera que puede obtenerse, luego de los cuidados adecuados. (30). Van der Lee y colaboradores (31) también estudiaron la asociación entre depresión y la incidencia de solicitudes explícitas para eutanasia en pacientes con cáncer terminal; evaluaron 138 pacientes de los cuales 32 presentaban depresión; el 22% solicitó la eutanasia y encontraron que el riesgo para solicitarla en los pacientes con depresión fue 4.1 veces más alto que en los pacientes sin depresión. Se determinó también en base al estudio que la depresión en los pacientes con cáncer y con una expectativa de vida de menos de 3 meses estaba asociada con una mayor probabilidad de solicitar la eutanasia.

Foley y Hendin (32) comentan que una observación frecuentemente repetida es el argumento del aumento desmesurado. La aplicación de la compasión y autonomía, como demandan los proponentes del suicidio asistido, debe inevitablemente conducir a la sanción del suicidio asistido, no puramente para los enfermos terminales, sino también para aquellos pacientes con sufrimiento crónico por cualquier causa, sea ésta amenazante a la vida o no. Un estudio realizado por Sheldon (33), sin embargo, demuestra que, 5 años después de haber legalizado la eutanasia en Holanda, ésta parece irse reduciendo mientras que los cuidados paliativos muestran tomar auge. Así, el número de casos de eutanasia cayó de 3500 (2.6% de las muertes) en 2001 a 2325 (1.7%) en 2005. En contraste, el número de casos de sedación paliativa se elevó de 8500 (5.6%) a 9700 (7.1%) y el número de solicitudes para eutanasia y suicidio asistido cayó de 9700 a 8400. Por otro lado, se ha encontrado que muchos médicos en el Reino

Unido se oponen a la legalización de la eutanasia o del suicidio asistido, mientras que algunos estudios muestran que la población en general está a favor (34). También se concluyó que los especialistas en medicina paliativa fueron el grupo de profesionales que más se opuso a la idea, seguido por aquellos que trabajan en el cuidado de personas de la tercera edad. Otros informes revelan que cerca del 40% de los médicos alemanes estarían de acuerdo en ayudar a los pacientes terminales a cometer suicidio, proporcionándoles medicamentos, un 3.3% de los encuestados contestó que ya había ayudado a algún paciente a morir; sin embargo la Asociación Médica Alemana ha cuestionado la validez del estudio y, luego de reunirse con líderes de las Iglesias Católica y Protestante, han confirmado su oposición a cualquier participación de los médicos en la eutanasia (35).

Existen algunos reportes que han manifestado que muchos médicos en Estados Unidos parecían estar de acuerdo con la eutanasia o el suicidio médicamente asistido. Sin embargo, de acuerdo a Meier y colaboradores, 19% de los médicos no se sintieron bien luego de colaborar en un suicidio asistido y 12% reportaron disconfort luego de la eutanasia; también se encontró que, en circunstancias similares, el 1% no colaboraría con el suicidio médicamente asistido y el 7% no lo haría con la eutanasia; además Emanuel y colaboradores (36) encontraron que 25% de los médicos rechazaron realizar la eutanasia o el suicidio asistido y que 15% tuvieron reacciones emocionales adversas al colaborar en algún procedimiento. Aún más interesante es el hallazgo descrito en el mismo estudio en el cual el 15% de los casos de suicidio asistido falló (lo cual quiere decir que el paciente no falleció) mientras que en Holanda se ha reportado que el 7% de los suicidios asistidos han tenido complicaciones y un 16% de los procedimientos “tardaron bastante más que lo esperado”; en el 18.4% de los casos de suicidio asistido intervino un médico para administrar medicamentos letales, convirtiéndolos así en casos de eutanasia. En base a ello Noland (37), indica que existe una línea delgada entre los resultados óptimos y la prolongación del sufrimiento, o agregar sufrimiento innecesario, tanto al paciente como a la familia. Por su parte, Groenewoud y colaboradores (38) señalan que en Holanda también han sido reportadas complicaciones, especialmente con respecto al suicidio asistido, en las cuales el terapeuta ha tenido que intervenir administrando dosis letales de medicamentos, debido a complicaciones con el procedimiento.

La eutanasia, además, también puede ocurrir en recién nacidos que no tienen oportunidad de decidir. Por ejemplo en Holanda, de 200,000 niños nacidos cada año,

cerca de 1000 mueren durante el primer año de vida y de estos, aproximadamente 600 tienen que ver con la decisión médica con respecto a la terminación de su vida (39).

6. MUERTE CEREBRAL

6.1 Consideraciones médicas relacionadas con la muerte cerebral y la eutanasia

Durante dos décadas, los clínicos se han guiado por un acuerdo acerca del uso apropiado de la nutrición artificial y la hidratación (ANH, por sus siglas en inglés). En general, la ANH ha sido vista como un tratamiento médico que los pacientes o sus familiares pueden aceptar o rechazar en la base de las mismas consideraciones que guían el resto de decisiones sobre los tratamientos: los beneficios potenciales, riesgos y discomfort con el tratamiento y las creencias religiosas y culturales de los pacientes y allegados. Aunque este acuerdo nunca ha sido universal, está establecido entre eticistas, clínicos y las cortes judiciales. Como referencia, en 1990 la decisión de la Corte Suprema sobre el conocido caso de Nancy Cruzan específicamente indicó que la administración de ANH sin el consentimiento es una intrusión a la libertad personal. No obstante, este acuerdo ha encarado recientes cambios en su legitimidad (40).

6.2 Decisiones clínicas y evidencia médica.

La ANH es usualmente administrada enteramente a través de una sonda nasogástrica o por una gastrostomía o yeyunostomía que es colocada por medio de guía endoscópica, también puede ser administrada parenteralmente a través de un acceso venoso central o periférico, o bien proporcionada por una infusión subcutánea. La ANH puede mejorar la supervivencia entre pacientes que están en un estado vegetativo permanente. Estos pacientes podrán vivir por 10 años o más con ANH pero morirán en pocas semanas sin el soporte nutricional. La ANH parenteral también prolonga la vida de pacientes con síndrome de intestino extremadamente corto, y la alimentación por tubo puede mejorar la supervivencia y calidad de vida de pacientes con esclerosis bulbar lateral amiotrófica. Finalmente, la ANH puede mejorar la sobrevivencia de pacientes en fase aguda de un evento cerebrovascular y con trauma craneocefálico y entre pacientes que están recibiendo cuidados críticos por poco tiempo, así como mejorar el estado nutricional de pacientes con cáncer avanzado que están recibiendo radioterapia o aquellos que presentan una obstrucción intestinal proximal (40).

6.3 Principios éticos en la toma de decisión.

Dado que la ANH está asociada con beneficios inciertos y riesgos sustanciales, es esencial asegurarse que las decisiones acerca de su uso sean consistentes con la condición médica del paciente, pronóstico y objetivos de cuidado. Por consiguiente, las

decisiones acerca de la ANH requieren una consideración cuidadosa de sus riesgos y beneficios; las decisiones acerca de su uso deben tomarse en la misma forma en la cual se toman decisiones acerca de otros tratamientos médicos. Muchas personas creen que la nutrición debe ser ofrecida siempre, al igual que el manejo del dolor, protección y cuidado personal básico, visión que está profundamente enraizada en las creencias culturales y religiosas (41).

6.4 Mantener o retirar el tratamiento

Muchas personas consideran que es más aceptable mantener un tratamiento que retirarlo (42) y no se puede separar el factor emocional que los familiares, en particular, pueden experimentar cuando creen que la retirada del tratamiento hará que el paciente fallezca.

En la mayoría de los casos, la muerte se diagnostica en base a la cesación irreversible de las funciones circulatorias y respiratorias, sin embargo a comienzos de la mitad del siglo XX, se desarrollaron medios sofisticados que permitieron sostener la vida de los pacientes con trauma craneal o hemorragia cerebral. El resultado fue un creciente número de pacientes cuyas funciones cardiopulmonares fueron restauradas pero que estuvieron profunda y persistentemente inconscientes y no respondieron al tratamiento. Ello provocó que las intervenciones farmacéuticas y mecánicas hicieran imposible hacer referencia sobre los tradicionales signos vitales, tales como la frecuencia cardíaca y la respiración, para determinar si los pacientes estaban aún vivos (aunque falleciendo) o, como indicaba el estado de sus cerebros al momento de la autopsia, habían en realidad fallecido. Entonces, los neurólogos, neurocirujanos, anestesiólogos y otros médicos desarrollaron guías para establecer determinaciones basadas neurológicamente (43).

Dado que la palabra cerebro usualmente se refiere a la cognición, los críticos de la Determinación Uniforme del Acta de Muerte (y los del consenso médico existente) creen que la ley debería igualar la muerte con la pérdida de funciones en el cerebro superior más que en el cerebro completo (44). Dos posiciones filosóficas son avanzadas: la inconsciencia permanente que niega la personalidad debido a que para ser una persona (de manera opuesta a ser meramente un ser humano) uno debe poseer al menos el potencial de pensamiento, y la otra, la que se basa en el hecho de que se destruya la identidad personal, lo cual depende de la autoconciencia y de la continuidad de la historia personal de cada uno.

Existen dificultades inherentes para trasladar los conceptos de “cerebro superior” en marcos jurídicos, por no mencionar las implicaciones radicales –esto es, que los pacientes en un estado vegetativo persistente, así como quizás los pacientes con demencia severa o con retraso mental deberían ser declarados muertos.

No es sorprendente que la determinación de la muerte basada en la pérdida de funciones cerebrales superiores no haya reemplazado el consenso prevalente que requiere la pérdida de la función en el tronco cerebral así como en neocórtex y otras regiones del cerebro. Aunque ningún estado ha adoptado una definición que se refiera exclusivamente a las funciones cerebrales superiores, la posibilidad de que la muerte cerebral sea diferente de la muerte ordinaria, continúa afectando a los debates legales. Sólo un modelo de estatuto, la propuesta Capron-Kass (el modelo que fue más ampliamente adoptado antes de la Determinación Uniforme del Acta de Muerte), evaluó la relación entre los dos estándares de determinación de la muerte –cesación irreversible de las funciones circulatorias y respiratorias, y cesación irreversible de todas las funciones del cerebro, incluyendo el tronco cerebral. Este estatuto deja claro que estos dos estándares constituyen significados diferentes de la medición de un fenómeno único y definen la ocasión apropiada para el uso de un estándar u otro. Los estatutos de las autoridades médicas son de más ayuda.

6.5 Determinación de muerte cerebral

El reporte de 1981 de la Comisión Presidencial de los médicos consultantes en el diagnóstico de muerte (45), es el único estatuto en el que algunos autores están de acuerdo en relacionar los estándares para determinar la muerte de acuerdo a criterios neurológicos en una forma en la cual la muerte es más frecuentemente diagnosticada – esto es, de acuerdo a criterios cardiopulmonares.

Esta pérdida de claridad no solamente confunde al público sino que produce otras dos dificultades: primero, conduce a algunas personas a concluir que ellos deberían ser libres para elegir cualquier estándar. Aun más, en respuesta a la objeción de algunos judíos ortodoxos con el uso de los criterios neurológicos para el diagnóstico de muerte, la regulación de New York de 1987 requiere a los hospitales que cuenten con procedimientos que permitan una acomodación razonable de los estándares utilizados para determinar la muerte, los cuales tomen en cuenta las objeciones religiosas y morales de los pacientes. Ya en 1991, New Jersey promulgó un estatuto que consta de secciones separadas que reconocen los criterios cardiorrespiratorios tradicionales y los

criterios neurológicos modernos, y prohíbe al médico de utilizar los segundos, cuando el tratante tiene razones para creer que una declaración (en la base de los criterios neurológicos) podría violar las creencias religiosas personales del individuo. En segundo lugar, la pérdida de claridad eleva la controversia de que la muerte es un concepto maleable que puede ser ajustado para propósitos utilitaristas (43).

Los médicos, trabajadores del sistema de salud, miembros del clero y entidades legales a través del mundo han aceptado totalmente que una persona está muerta cuando su cerebro está muerto. En los Estados Unidos, el principio de que la muerte puede ser diagnosticada por criterios neurológicos (designados como muerte cerebral) es la base de la Determinación Uniforme del Acta de Muerte, aún y cuando la ley no define las especificidades del diagnóstico clínico. Existe una clara diferencia entre daño cerebral severo y muerte cerebral. En los adultos, las principales causas de muerte cerebral son daño cerebral traumático y hemorragia subaracnoidea (46). En niños, el abuso es causa más común que la de accidentes de vehículos o la asfixia (47).

6.6 Evolución de los criterios de muerte cerebral

En 1959, Mollaret y Goulon introdujeron el término “coma irreversible” al describir a veintitrés pacientes comatosos que habían perdido la consciencia, reflejos de tronco cerebral y respiración y cuyos electroencefalogramas eran planos. En 1968, un comité ad hoc de la Escuela de medicina de Harvard reexaminó la definición de la muerte cerebral y definieron el “coma irreversible”, o “muerte cerebral”, como la ausencia de respuesta y pérdida de receptividad, la falta de movimientos respiratorios, así como de reflejos del tronco cerebral y coma cuya causa hubiera sido identificada. Más recientemente, la Academia Americana de Neurología condujo una revisión basada en la evidencia y sugirió mediciones prácticas. Este reporte específicamente diseñó las herramientas de la evaluación clínica y la validez de las pruebas confirmatorias y proporcionó una descripción práctica del test de apnea (47).

6.7 El examen clínico

La evaluación clínica neurológica permanece como el estándar para la determinación de la muerte cerebral y ha sido adoptada por muchos países. La declaración de muerte cerebral requiere no solamente de una serie de evaluaciones neurológicas cuidadosas sino que también exige el establecimiento de la causa del coma, la certeza de la irreversibilidad, la resolución de cualquier signo neurológico clínico confuso, el

reconocimiento de posibles factores confusos, la interpretación de los hallazgos en neuroimagen y la realización de cualquier prueba de laboratorio confirmatoria que se considere necesario. Se podría argumentar que la decisión debería ser realizada por un neurólogo o un neurocirujano, pero el grado necesario de expertaje no es rápidamente accesible en muchos hospitales pequeños. (48).

La evaluación neurológica para determinar si un paciente tiene muerte cerebral puede proceder solamente, si los siguientes prerrequisitos son cumplidos: descartar condiciones médicas complicadas que puedan confundir la asesoría clínica, particularmente en lo relativo a severas alteraciones electrolíticas de ácido-base o alteraciones endocrinas; la ausencia de severa hipotermia, definida como una temperatura central de 32C o menos; hipotensión y la ausencia de evidencia de intoxicación por drogas, envenenamiento o agentes bloqueadores neuromusculares (47).

La interpretación de la tomografía computarizada (CT) es esencial para la determinación de la causa de muerte cerebral. Usualmente, la evaluación con CT documenta una masa con herniación cerebral, múltiples lesiones hemisféricas con edema o solamente edema. Además, la evaluación del líquido cefalorraquídeo debería revelar hallazgos diagnósticos en circunstancias de infección en el SNC.

Una evaluación clínica neurológica completa incluye la documentación del coma, la ausencia de reflejos del tronco cerebral y apnea. La evaluación de los reflejos del tronco cerebral requiere la medición de vías de reflejo en el mesencéfalo, puente y médula espinal. Cuando ocurre la muerte cerebral, los pacientes pierden sus reflejos en dirección rostral-caudal y la médula espinal es la última parte del cerebro en cesar su función. Pueden requerirse varias horas para que la destrucción del tronco cerebral sea completa, y durante este período, puede haber aún, función medular.

La profundidad del coma es asegurada por documentación de la presencia o ausencia de respuestas motoras ante un estímulo doloroso estandarizado, tal como presionar el nervio supraorbital, la unión temporomandibular o el lecho ungueal o el dedo. La evaluación luego debería proceder con la evaluación de la presencia o ausencia de los reflejos del tronco cerebral. Si los reflejos del tronco cerebral están ausentes, la evaluación debería documentar pupilas redondas u ovals en posición media con respecto a la dilatación (4-6 mm de diámetro) sin respuesta a estímulo de luz. Tampoco deberían aparecer movimientos oculocefálicos con movimientos rápidos giratorios de la

cabeza; no obstante, puede ser no solamente difícil interpretar los resultados de este test sino que también problemáticos cuando existe daño medular concomitante.

La ausencia de movimientos oculares provocados debe ser confirmada al evaluar con estímulo frío-calor; para lo cual el tímpano debe ser irrigado con agua fría luego de lo cual la cabeza se inclina 30 grados. No debería haber desviación tónica hacia el estímulo frío. Es importante señalar que la presencia de sangre coagulada o cerumen en el canal auditivo puede disminuir la respuesta en una persona que no tiene muerte cerebral. El profesional debería evaluar el reflejo corneal tocando la superficie de la córnea con un algodón para producir un estímulo adecuado.

Por último, la respuesta de tos, puede ser evaluada con el succionamiento bronquial; el movimiento del tubo endotraqueal hacia atrás y adelante puede no ser un estímulo adecuado (47).

Luego de que la ausencia de los reflejos del tronco cerebral ha sido documentada, la apnea puede ser formalmente evaluada. El umbral de estimulación máxima de los centros respiratorios en la médula espinal (los cuales pueden ser disfuncionales debido al daño), han sido arbitrariamente estipulados en los Estados Unidos a una presión parcial de dióxido de carbono arterial de 60 mm Hg o a un valor que es 20 mm Hg mayor que el valor basal normal. El ventilador mecánico debe ser desconectado con el fin de obtener una evaluación apropiada de la respiración, dado que los sensores ventilatorios pueden dar lecturas falsas (49).

Pocos datos están disponibles en pacientes que continúan respirando a pesar de la pérdida de todos los otros reflejos del tronco cerebral, pero si la respiración ocurre, lo hace tempranamente durante el test y típicamente a una presión parcial de dióxido de carbono arterial cerca de 40 mm Hg. La evaluación clínica para determinar la muerte cerebral en niños sigue los mismos principios que en adultos, aunque muchos niños presentan hipotermia cuando se vuelven comatosos después de un daño cerebral severo. Varias de las respuestas de los nervios craneales no son suficientemente desarrolladas en el pretérmino y en los neonatos a término, y es difícil realizar una evaluación neurológica en un infante que está en incubadora. Dadas las limitaciones de la evaluación clínica de neonatos, un período de observación de 48 horas es recomendable, así como un test confirmatorio, que puede consistir en una electroencefalografía o un estudio del flujo cerebral normal (50).

El tópico más controversial relacionado con la determinación de la muerte cerebral es la ocurrencia de los signos clínicos que sugieren alguna retención de la función cerebral. Aún en ausencia de respuestas motoras, los movimientos corporales espontáneos pueden ser observados durante la prueba de apnea, mientras que el cuerpo se prepara para el transporte, al momento de una incisión abdominal para la retirada de órganos, o en sincronía con las respiraciones producidas por el ventilador mecánico.

6.8 Estados neurológicos que pueden simular muerte cerebral.

Un diagnóstico erróneo de muerte cerebral es posible, si hay un síndrome de bloqueo, hipotermia o intoxicación por drogas no reconocido. El síndrome del bloqueo es usualmente una consecuencia de la destrucción de la base del puente. El paciente no puede mover las piernas, hacer gestos o tragar, pero las estructuras mesencefálicas rostrales superiores envueltas en el parpadeo voluntario y los movimientos verticales de los ojos permanece intacto. La consciencia persiste debido a que el tegmento, al igual que la formación reticular, no está afectado. La condición es más frecuentemente causada por un embolismo agudo en la arteria basilar. Más dramático es el síndrome reversible de Guillain-Barré, un síndrome que envuelve a todos los nervios craneales y periféricos. La hipotermia accidental a partir de una exposición prolongada, puede simular la pérdida de función cerebral, pero la intoxicación con alcohol y el trauma craneal son confusores mayores. La hipotermia causa una caída en espiral y pérdida de los reflejos del tronco cerebral y dilatación pupilar. La respuesta a la luz se pierde a temperaturas centrales entre 28°C y 32°C, y los reflejos del tronco cerebral desaparecen cuando la temperatura central desciende debajo de los 28°C. Los efectos de muchos agentes anestésicos sedativos pueden simular muy bien una muerte cerebral, pero las características de la función del tronco cerebral, particularmente la respuesta pupilar a la luz permanecen intactos. Cuando se ingieren drogas en grandes cantidades, ello puede causar una pérdida parcial de los reflejos del tronco cerebral (47).

6.9 Pruebas confirmatorias.

Las pruebas confirmatorias son opcionales en adultos pero recomendadas en niños menores de un año. En varios países Europeos, de América central, Sudamérica y Asia, se requieren por ley, pruebas confirmatorias. Ciertos países, como Suecia, requieren solamente una angiografía cerebral. En los Estados Unidos, la elección de las pruebas se deja a discreción del médico tratante, aunque parecen preferirse los tests realizados en las áreas de encamamiento. La angiografía cerebral puede documentar un poco

llenado o llenado nulo de las arterias intracraneales a la entrada del cráneo debido a que la presión sistólica no es suficientemente alta para forzar a la sangre a entrar a la circulación vascular intracraneal. El edema perivascular glial y la formación de burbujas en la íntima causados por isquemia pueden causar el colapso de las venas pequeñas, conduciendo a un incremento en la resistencia intravascular.

La angiografía cerebral es realizada con una inyección en el arco aórtico para visualizar tanto la circulación anterior como la posterior. El arresto del flujo es encontrado en el foramen magnum, en la circulación posterior y en la porción petrosa de la arteria carótida en la circulación anterior (51).

La electroencefalografía, utilizada en muchos países, permanece como una de las pruebas confirmatorias más validadas. Las imágenes son obtenidas al menos por 30 minutos con un instrumento de 16-18 canales. En un paciente que tiene muerte cerebral, la actividad eléctrica está ausente a niveles mayores de 2 μ V con el instrumento colocado a una sensibilidad de 2 μ V por milímetro. No obstante, los altos niveles de sensibilidad colocados en la máquina electroencefalográfica incrementan el artefacto, lo cual es muy común en una Unidad de Cuidados Intensivos, debido a la presencia de múltiples instrumentos.

La ultrasonografía Doppler Transcraneal tiene una sensibilidad del 91 al 99 por ciento y una especificidad del 100%; para realizarla se utiliza un instrumento ultrasonográfico portátil, de 2-Hz Doppler para producir ondas tanto en arterias cerebrales medias como vertebrales. La ausencia de un signo puede ser artefacto si la ventana ósea interfiere con las ondas de sonido. En los pacientes que tienen muerte cerebral, la ultrasonografía Doppler transcraneal típicamente revela la ausencia de flujo reverberante diastólico que es causado por la fuerza contractiva de las arterias; el índice de pulsabilidad es muy alto, con velocidades sistólicas que son solamente una fracción del nivel normal. Las imágenes nucleares con tecnecio, pueden demostrar una ausencia de toma intracerebral de las trazas.

Un estudio retrospectivo realizado en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos evaluó a 41 trabajadores de UCIP y a los padres de 26 niños fallecidos entre 2001 y 2005 con respecto a los cuidados al final de la vida; cerca del 38% de los padres estuvieron junto a sus hijos al momento del fallecimiento; el 64% de ellos consideran que estar presentes es algo positivo, y el 13%, no. El 40% del personal declaró que es positivo para los padres estar al lado de sus hijos en el momento del fallecimiento y el 52% dijo no

poder considerar si esto resultaba positivo o negativo. El 73% del personal médico entrevistado desearía apoyo psicológico profesional para los padres del fallecido, mientras que entre éstos, solamente el 29% lo consideró de ayuda. De los niños que fallecieron, sólo el 20% lo hicieron hasta la retirada del soporte vital. Los factores más importantes que incidieron para tomar esta decisión fueron la posibilidad de supervivencia y la calidad de vida. El estudio de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos –UCIP- resalta la importancia del cómo las noticias son comunicadas, del momento de retirada del soporte vital y de la necesidad de brindar a los padres, apoyo psicológico (53).

7. ESTADO VEGETATIVO Y ENSAÑAMIENTO TERAPEUTICO

La retirada o mantenimiento de las medidas de soporte vital en situaciones irreversibles es una práctica aceptada entre los profesionales a lo largo del mundo. No obstante, con respecto a la nutrición y la alimentación por tubo, existen notables diferencias especialmente encontradas entre la literatura proveniente de Estados Unidos y las opiniones de los profesionales de España, muy probablemente, debido a las diferencias de tradiciones sociales y culturales entre ambos.. Mientras el criterio dominante en Estados Unidos considera la alimentación parenteral y la hidratación como una medida extraordinaria o desproporcionada, y por consiguiente potencialmente susceptible de omitirse en tales situaciones, la opinión generalizada en España es que dichas medidas deben ser incluidas como parte del cuidado básico y deben ser mantenidas de manera constante, suprimirlas podría representar una discriminación severa en el caso de pacientes débiles. Se deben considerar las dos indicaciones de nutrición artificial y de hidratación, nos indican, como un procedimiento para combatir problemas hipercatabólicos y fallo de órganos o como medida de mantenimiento en pacientes con necesidades normales cuando la ruta oral no está disponible. Aunque la primera situación debe ser considerada como una medida de soporte vital y podría ser omitida en las mismas circunstancias que la ventilación mecánica o la diálisis; el segundo caso debe ser considerado como parte del cuidado personal en un nivel similar al de la higiene corporal, porque su omisión podría eventualmente romper los principios éticos de Justicia y no maleficencia (53).

Ahora parece que existe un consenso en los Países Bajos con respecto a que la hidratación artificial y la nutrición son médicamente inútiles para los pacientes en un estado vegetativo persistente y que por consiguiente deberían ser detenidos. Sin embargo, existen reglas legales para obtener el consentimiento a dicha acción. Bajo la ley holandesa, un médico generalmente no puede tratar a alguien sin su consentimiento. En el caso de un paciente incompetente, el representante legal toma la decisión con respecto a continuar el tratamiento. Es ilegal desafiar una indicación en forma de negativa (un rechazo de tratamiento). Si no hay una directiva escrita, el deseo de la persona debe ser interpretado con la ayuda de las personas cercanas a ella. Dado que la alimentación artificial es considerada médicamente inútil para los pacientes en un estado vegetativo persistente, el proceso legal recae en los médicos, aunque se toma en cuenta la postura de la familia. Tan pronto como los médicos holandeses están seguros del diagnóstico y del pronóstico, ellos discuten la situación con la familia de tal manera que pueda ajustarse a la idea de que el punto de no recuperación ha sido alcanzado. Pero la

vida real puede ser distinta. Si la familia del paciente no está de acuerdo con la retirada del tratamiento, y si no existen estatutos sobre los deseos del paciente, el tratamiento algunas veces es continuado (54).

En el 2003, hubo 32 pacientes en estado vegetativo en los hogares de cuidado holandeses. De 30 pacientes que fueron analizados, 26 habían sobrevivido por más de un año, y 5 de ellos por más de 10 años. El punto de dilema para las familias de estos pacientes era aparentemente expresado mejor por los familiares de un niño que había estado en tal estado por más de 16 años: “esto es un destino peor que la muerte, pero no queremos perderlo”. Existen 2 posibles explicaciones para la práctica de continuar tal tratamiento en dichos pacientes, lo cual es contrario al punto de vista general en los Países Bajos. La primera señala que aunque tales tratamientos son considerados inútiles por muchas personas, otros (que pueden incluir a los médicos del paciente y familiares cercanos) no están de acuerdo porque ellos pueden creer que tal estilo de vida tiene un valor objetivo que no depende de las experiencias subjetivas del paciente (o su ausencia), punto de vista que es respetado. La segunda indica que los médicos, basados en la condición estricta de que no infligirán sufrimiento al paciente, están preparados para “errar” del lado de la familia, proporcionando lo que ellos consideran un tratamiento inútil a petición y para beneficio de la misma familia, al menos por un tiempo. La paciencia debe ser esencial para el cuestionamiento de la familia entre esperanza y aceptación. Aquí, la cuestión de ¿por qué detenerlo ahora? es pertinente. ¿Lo que está ocurriendo ahora es muy diferente de lo que ocurrió ayer o hace un mes? Algunas veces no puede darse una respuesta adecuada (54).

Con respecto al cuidado agresivo continuo, la consulta de la ética clínica genera una discusión que produce facilitación y mediación. Una vez la disputa sobre los términos se ha disparado, es manejada mejor a través de la mediación de la bioética, la cual nivela el campo de discusión, enfoca los principales puntos de atención e interés más que enfocarse en posiciones, distingue los hechos médicos de la opinión experta, y resalta las diferencias en valores que impiden el consenso. Las confrontaciones frecuentemente ocurren cuando un paciente está legalmente impedido y se toman decisiones que se oponen a las recomendaciones del equipo médico, pero frecuentemente, los proveedores de salud –a pesar de sus fuertes sentimientos- ofrecen opciones como si fueran médica y éticamente conjuntas, tratando las inquietudes de los pacientes, que son generalmente de los miembros de la familia, como consultantes que deben sopesar, juzgar y escoger entre opciones iguales (55).

La enseñanza legal reza que el consentimiento informado requiere neutralidad profesional y poca certeza con respecto a los resultados, aún cuando el pronóstico del paciente sea desfavorable, lo que frecuentemente causa que el equipo médico se abstenga de brindar sus propias recomendaciones y justificaciones para un cuidado particular. Cuando el encargado escoge el curso erróneo y por consiguiente requiere que el equipo actúe de una manera considerablemente poco ética, los proveedores de cuidados se desesperan. Los proveedores de salud describen la opción elegida como fútil o no razonable e intentan convencer al encargado de escoger de manera diferente en deferencia a sus creencias éticas (56). No puede dejarse de lado, sin embargo que en la realidad, muchos miembros de la familia no son profesionales médicos y si el paciente fallece, sus familiares siempre enfrentarían una pérdida. Por ello, el equipo terapéutico le debe a los condolientes un soporte emocional e informado; compasivo –no indiferente-; aunque sus obligaciones éticas con el paciente mismo sean ser puramente paliativas.

La Declaración sobre la eutanasia, publicada por la Congregación para la Doctrina de la Fe, el 5 de mayo de 1980, explica la distinción entre medios proporcionados y desproporcionados, y entre tratamientos terapéuticos y cuidados normales que se deben prestar al enfermo: Ante la inminencia de una muerte inevitable, a pesar de los medios empleados, es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, pero no se deben interrumpir sin embargo, los cuidados normales debidos al enfermo en casos similares. Menos aún se podrán interrumpir los cuidados ordinarios para los pacientes que no se encuentran ante una muerte inminente, como lo es generalmente el caso de los que entran en estado vegetativo, para quienes la causa de la muerte sería precisamente la interrupción de los cuidados ordinarios.

En el Discurso del 20 de marzo de 2004, dirigido a los participantes en un congreso internacional sobre tratamientos de mantenimiento vital y estado vegetativo *Progresos científicos y dilemas éticos*, Juan Pablo II subrayó los siguientes puntos (57):

1) “Para indicar la condición de aquellos cuyo estado vegetativo se prolonga más de un año, se ha acuñado la expresión estado vegetativo permanente. En realidad, a esta definición no corresponde un diagnóstico diverso, sino sólo un juicio de previsión convencional, que se refiere al hecho de que, desde el punto de vista estadístico, cuanto más se prolonga en el tiempo la condición de estado vegetativo, tanto más improbable es la recuperación del paciente”.

2) “Frente a quienes ponen en duda la misma cualidad humana de los pacientes en estado vegetativo permanente, es necesario reafirmar que el valor intrínseco y la dignidad personal de todo ser humano no cambian, cualesquiera que sean las circunstancias concretas de su vida. Un hombre, aunque esté gravemente enfermo o impedido en el ejercicio de sus funciones superiores, es y será siempre un hombre; jamás se convertirá en un vegetal o en un animal”.

3) “El enfermo en estado vegetativo, en espera de su recuperación o de su fin natural, tiene derecho a una asistencia sanitaria básica (alimentación, hidratación, higiene, calefacción, etc.), y a la prevención de las complicaciones que se derivan del hecho de estar en cama. Tiene derecho también a una intervención específica de rehabilitación y a la monitorización de los signos clínicos de su eventual recuperación”.

4) “Los documentos precedentes son asumidos e interpretados en ese sentido: la obligación de proporcionar los cuidados normales debidos al enfermo en esos casos, incluye también el empleo de la alimentación y la hidratación. La valoración de las probabilidades, fundada en las escasas esperanzas de recuperación cuando el estado vegetativo se prolonga más de un año, no puede justificar éticamente el abandono o la interrupción de los cuidados mínimos al paciente, incluidas la alimentación y la hidratación. En efecto, el único resultado posible de su suspensión es la muerte por hambre y sed. En este sentido, si se efectúa consciente y deliberadamente, termina siendo una verdadera eutanasia por omisión” (57).

III. MARCO METODOLÓGICO

1. Hipótesis

- Hipótesis nula: El 50% de los entrevistados o menos poseen conocimientos erróneos sobre la definición de eutanasia pasiva y muerte cerebral.
- Hipótesis alterna: Más del 50% de los entrevistados poseen conocimientos erróneos sobre la definición de eutanasia pasiva y muerte cerebral.

2. Bosquejo

El estudio planteado busca determinar cuál es la percepción actual de un grupo de estudiantes de ciencias biológicas que en un futuro próximo se dedicarán a trabajar con pacientes en diferentes estadíos. Respecto del tema, el planteamiento surge como una necesidad ante la demanda creciente de capacitación para poder establecer criterios definidos que permitan un criterio objetivo, respecto de términos tales como la eutanasia, la definición de muerte cerebral, el derecho a morir, el concepto de voluntad anticipada, muerte digna y conceptos relacionados que han permitido que, a falta de un consenso adecuado, que se diversifiquen las opiniones al respecto hasta alcanzar niveles peligrosamente subjetivos.

Es importante aclarar aclarar que se consideran peligrosamente subjetivos por cuanto generan la sensación, entre profesionales y estudiantes de que la definición de dichos conceptos debe ser absolutamente personal y que puede variar ampliamente de acuerdo a la propia concepción de los miembros afectados e involucrados. Es importante mencionar que la ciencia ha logrado avances significativos en el descubrimiento de muchas condiciones médicas así como también ha logrado modificar de manera sustancial el curso de muchas enfermedades que, de otra manera, resultarían casi invariablemente en una muerte; pero que no ocurre lo mismo con el desarrollo de conceptos y dilemas éticos que no pueden ser resueltos exclusivamente en base a datos científicos pues exceden dichos límites. Es necesario por tanto, reconocer los límites y limitaciones de la ciencia con respecto a su capacidad de definir conceptos éticos y antropológicos, limitación que se hace evidente a nivel profesional y entre el cuerpo de educadores universitarios. Se requiere por tanto, elaborar un bosquejo general que haga confluir la información generada así como evaluar y detectar las principales deficiencias por medio de una boleta de opinión que permita establecer el grado de necesidad con respecto a estos cuestionamientos tan importantes para los trabajadores de la salud como lo son la eutanasia pasiva y la muerte cerebral.

3. Encuesta

Para el cumplimiento de los objetivos planteados, se establece como metodología de estudio la planificación y elaboración de una boleta de opinión que permita recoger datos generales como edad, sexo y estudios actuales, para luego recopilar una serie de datos que permitan establecer el grado de conocimiento actual respecto a conceptos como la eutanasia pasiva o la muerte cerebral, factores influyentes, impedimentos y disposiciones para aplicar los conceptos, según la forma en que han sido conceptualizados.

4. Método de tratamiento de datos

El estudio contempla la elaboración de una boleta de opinión que contiene 8 preguntas de opción múltiple y en la cual se pidió a los entrevistados que marcaran solamente una opción: La que consideraron más apropiada. Dicha boleta de opinión fue realizada en dos tipos de poblaciones: estudiantes de tercer año de Medicina y estudiantes del último año de enfermería, por lo que el estudio es de tipo observacional, transversal, descriptivo y comparativo. Se compararon los datos obtenidos en ambas instituciones para determinar el grado de conocimiento sobre los temas abordados, evaluar la diferencia de percepción entre ambas poblaciones; y comprobar si estadísticamente la desigualdad es significativa. Dado que la escala de valores obtenidos no es ordinal o continua, la prueba utilizada fue chi cuadrado, por medio de tablas de contingencia, con utilización de un 95% de confiabilidad.

IV.MARCO OPERATIVO

1. Cronograma

El diseño del estudio planteado permite elaborar una planificación de la realización del mismo que incluye reuniones con el asesor de tesis cada tres semanas, para proponer líneas de trabajo, evaluar avances, definir parámetros, delimitar el problema y posteriormente, una vez elaborada la boleta de opinión, utilizar aproximadamente una semana para levantado de datos, fase que se tiene programada para finalizar en julio del año dos mil diez. Con los datos obtenidos se procederá al análisis de los mismos para, de esta manera, cumplir los objetivos trazados y proceder a la elaboración del informe final.

2. Recursos y costos

Debido a la naturaleza del estudio propuesto, no se contempla la utilización de recursos adicionales o costos relevantes, ya que la elaboración de la investigación se fundamenta principalmente en la elaboración de un marco teórico, la recopilación de información relacionada con el tema, la recolección de datos, y por último, el análisis, discusión y elaboración de conclusiones.

3. Tabulación e interpretación de resultados

Tabla 1
Distribución por edad según
Institución a la que pertenece

Estudiantes de Enfermería

| Edad | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|-------------------|-------------------|
| Menor de 20 años | 12 | 34.3% |
| 21 a 23 años | 21 | 60.0% |
| Mayor de 24 años | 2 | 5.7% |
| Total | 35 | 100.0% |

Estudiantes de Medicina

| Edad | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|-------------------|-------------------|
| Menor de 20 años | 13 | 36.1% |
| 21 a 23 años | 16 | 44.4% |
| Mayor de 24 años | 7 | 19.4% |
| Total | 36 | 100.0% |

TABLA 2
Conocimiento del concepto de Eutanasia pasiva
Según la Institución a la que pertenece

Estudiantes de Enfermería

| ¿Ha oído hablar de la Eutanasia pasiva? | Frecuencia | Porcentaje |
|--|-------------------|-------------------|
| Sí | 35 | 100.0% |
| Total | 35 | 100.0% |

Estudiantes de Medicina.

| ¿Ha oído hablar de la Eutanasia pasiva? | Frecuencia | Porcentaje |
|--|-------------------|-------------------|
| Sí | 36 | 100.0% |
| Total | 36 | 100.0% |

TABLA 3
Comparación de la evaluación del
concepto de Eutanasia pasiva

| ¿Cómo definiría mejor el concepto de eutanasia pasiva? | Estudiantes de Enfermería | Estudiantes de Medicina | Total |
|---|----------------------------------|--------------------------------|--------------|
| Ayudar a un enfermo en fase terminal que está sufriendo a morir en paz | 21 | 6 | 27 |
| Esperar a que la enfermedad siga su curso natural y brindar el soporte y apoyo necesario hasta que sea declarada la muerte, sin realizar maniobras excesivas para mantener con vida al paciente | 8 | 14 | 22 |
| Si el paciente está enfermo y presenta alguna complicación, no se hará ningún procedimiento que podría salvarle la vida; hay que dejarle morir en paz | 2 | 9 | 11 |
| Orientar al enfermo sobre posibilidades de terminar con su vida porque así lo desea | 2 | 3 | 5 |
| Provocar la muerte de un enfermo terminal a solicitud de los familiares | 2 | 4 | 6 |
| Total | 35 | 36 | 71 |

TABLA 4a

**¿En qué casos consideraría a la eutanasia como una opción?
Comparación entre estudiantes, según sexo del entrevistado**

Mujeres entrevistadas

| ¿Cuál sería una causa suficiente para considerar la eutanasia lícita o justificada? | Estudiantes Enfermería | Estudiantes Medicina | Total |
|---|-------------------------------|-----------------------------|--------------|
| Ante un dolor insoportable y cuyo origen no tiene cura, como un cáncer. | 14 | 2 | 16 |
| Si el paciente ha perdido el sentido de su vida y no quiere ser una carga para la familia. | 2 | 0 | 2 |
| Si el paciente se encuentra en estado delicado, es de tercera edad y tiene poca probabilidad de recuperarse. | 8 | 5 | 13 |
| Si el estado del paciente es crítico, el personal médico indica que el pronóstico es bajo y existe poca o nula probabilidad de recuperarse. | 9 | 7 | 16 |
| Si el paciente se encuentra muy deprimido y no tiene familia que se pueda hacer cargo de él. | 1 | 1 | 2 |
| Total | 34 | 15 | 49 |

TABLA 4b

**¿En qué casos consideraría a la eutanasia como una opción?
Comparación entre instituciones, según sexo del entrevistado**

Hombres entrevistados

| ¿Cuál sería una causa suficiente para considerar la eutanasia lícita o justificada? | Estudiantes Enfermería | Estudiantes Medicina | Total |
|---|-------------------------------|-----------------------------|--------------|
| Ante un dolor insoportable y cuyo origen no tiene cura, como un cáncer. | 1 | 11 | 12 |
| Si el paciente ha perdido el sentido de su vida y no quiere ser una carga para la familia. | 0 | 0 | 0 |
| Si el paciente se encuentra en estado delicado, es de tercera edad y tiene poca probabilidad de recuperarse. | 0 | 3 | 3 |
| Si el estado del paciente es crítico, el personal médico indica que el pronóstico es bajo y existe poca o nula probabilidad de recuperarse. | 0 | 5 | 5 |
| Si el paciente se encuentra muy deprimido y no tiene familia que se pueda hacer cargo de él. | 0 | 1 | 1 |
| Total | 1 | 20 | 21 |

TABLA 5
Razones que impiden a un tratante desconectar a un paciente de los monitores y máquinas, según los entrevistados

| Si usted no es el médico tratante y le piden que desconecte o que no realice maniobras de resucitación a un paciente grave, ¿Qué se lo impediría? | Estudiantes de Enfermería | Estudiantes de Medicina | Total |
|--|----------------------------------|--------------------------------|--------------|
| Lo haría pero tendría que asegurarse primero que no tenga implicaciones legales. | 0 | 1 | 1 |
| No lo haría porque es decisión familiar y lo debe realizar el médico tratante. | 5 | 6 | 11 |
| No lo haría porque es una decisión personal, y la sugerencia es esperar a que el paciente fallezca de manera natural. | 19 | 17 | 36 |
| No tendría inconveniente en desconectar al paciente si esa es su voluntad y la familia está de acuerdo. | 3 | 3 | 6 |
| Su religión no le permite participar en dicho acto porque no es ético. | 8 | 9 | 17 |
| Total | 35 | 36 | 71 |

TABLA 6
Evaluación de hipótesis

| | Sujetos con conocimiento del concepto de eutanasia pasiva (50% de población total) | Sujetos con desconocimiento del concepto de eutanasia pasiva (50% población total) | Total |
|-----------------------------|---|---|--------------|
| <i>Frecuencia esperada</i> | 35 | 36 | 71 |
| <i>Frecuencia observada</i> | 11 | 60 | 71 |
| Total | 46 | 96 | |

Chi cuadrado: 18.52; gl: 1; p<0.01

Riesgo Relativo: 3.18

TABLA 7
Criterios para considerar una defunción, de acuerdo a
la Institución a la que pertenece

| Si un paciente se encuentra grave en una Unidad de Cuidados Intensivos, ¿Cómo determina que la persona ha fallecido? | Estudiantes de Enfermería | Estudiantes de Medicina | Total |
|---|----------------------------------|--------------------------------|--------------|
| Porque el paciente no responde clínicamente a ningún estímulo y al omitir soluciones y medicamentos, presenta paro cardiorrespiratorio. | 9 | 7 | 16 |
| Porque se realiza Electroencefalograma y no reporta actividad cerebral | 13 | 21 | 34 |
| Porque no presenta Frecuencia cardíaca o ésta es muy baja | 4 | 1 | 5 |
| Al evaluarlo físicamente tiene pupilas dilatadas y el paciente está hipotérmico. | 8 | 6 | 14 |
| Porque presenta hipotensión que no responde a medicamentos | 1 | 1 | 2 |
| Total | 35 | 36 | 71 |

TABLA 8
Comparación del significado de diagnóstico de muerte cerebral

| ¿Qué significa un diagnóstico de muerte cerebral? | Estudiantes de Enfermería | Estudiantes de Medicina | Total |
|--|----------------------------------|--------------------------------|--------------|
| Que el cerebro dañado pero solamente en algunas áreas como la encargada de la conciencia, por tanto, el paciente quedará en estado vegetativo. | 17 | 8 | 25 |
| Que el cerebro ya no funciona y por lo tanto la persona está muerta | 6 | 12 | 18 |
| Que el paciente ha perdido las funciones cerebrales y por lo tanto no tiene ninguna oportunidad d recuperarse, aunque no esté muerta | 11 | 11 | 22 |
| La muerte cerebral se da solamente cuando la persona fallece | 1 | 4 | 5 |
| Total | 35 | 35 | 70 |

TABLA 9

Evaluación del conocimiento de la definición de muerte cerebral

| | Sujetos con concepto adecuado de muerte cerebral (50% población total) | Sujetos con concepto erróneo de muerte cerebral (50% población total) | Total |
|-----------------------------|---|--|--------------|
| <i>Frecuencia esperada</i> | 35 | 35 | 70 |
| <i>Frecuencia observada</i> | 25 | 45 | 70 |
| Total | | | |

Chi cuadrado: 2.89; gl: 1; P: 0.08.

Riesgo relativo: 1.4

TABLA 10

Consideraciones para no realizar maniobras de resucitación, según Institución

| ¿En qué caso estaría de acuerdo en NO hacer procedimientos para resucitar a un paciente? | Estudiantes de Enfermería | Estudiantes de Medicina | Total |
|--|----------------------------------|--------------------------------|--------------|
| Si el paciente es un adulto con pronóstico grave y pocas probabilidades de sobrevivir. | 1 | 1 | 2 |
| En ningún caso estaría de acuerdo en abandonar las maniobras de resucitación cardiopulmonar, ya que sería participar indirectamente en la muerte del paciente. | 29 | 24 | 53 |
| En todos los casos estaría justificado dejar de hacer maniobras de resucitación, se justifica por el sufrimiento del paciente y el pronóstico pobre. | 1 | 2 | 3 |
| En una persona de tercera edad con diagnóstico de enfermedad en fase terminal | 3 | 6 | 9 |
| Si el paciente es un recién nacido y se encuentra grave en Unidad de Cuidados Intensivos. | 1 | 1 | 2 |
| Total | 35 | 34 | 69 |

TABLA 11
Percepción del Encarnizamiento terapéutico en pacientes,
según Institución entrevistada

| En qué caso considera inapropiado realizar maniobras de resucitación | Estudiantes de Enfermería | Estudiantes de Medicina | Total |
|---|----------------------------------|--------------------------------|--------------|
| No importa la enfermedad, siempre hay que hacer maniobras de resucitación cardiopulmonar y poner los medios necesarios –incluyendo fármacos- para evitar la muerte. | 24 | 19 | 43 |
| Un paciente que clínicamente presenta coma profundo y tiene diagnóstico de muerte cerebral | 10 | 9 | 19 |
| Un paciente con pronóstico grave debido a enfermedad incurable que presenta paro cardiorrespiratorio que no revierte en los primeros diez minutos. | 0 | 3 | 3 |
| Un paciente con mal pronóstico conectado a un respirador con soluciones IV, vasopresores y que presenta paro cardiorrespiratorio. | 1 | 3 | 4 |
| Total | 35 | 34 | 69 |

4. Discusión

Con el advenimiento de nuevas tecnologías viene aparejado el conocimiento de nuevos conceptos y mayor facilidad para definir situaciones que son difíciles de discernir debido a una falta de consenso. En este contexto, resulta sumamente importante contribuir y generar información objetiva, científica y ética principalmente entre los estudiantes en formación, ya que en un futuro próximo serán ellos quienes tomarán las decisiones importantes en los aspectos de salud. Adquiere por ello un papel importante, aclarar los conceptos de eutanasia pasiva y muerte cerebral, principalmente entre estudiantes de medicina y enfermería, ya que de un conocimiento apropiado y ético dependerán las líneas futuras de investigación y el análisis de situaciones críticas respecto de estos temas.

Se evaluó para ello a un grupo de estudiantes de enfermería del último año, previo a iniciar prácticas hospitalarias y a un grupo de estudiantes de medicina del tercer año, antes del inicio de prácticas en el área hospitalaria. El objetivo era establecer el perfil de conocimiento promedio en ambas poblaciones, en el entendido de que ellos juegan un papel básico y sustancial que no se limita solamente a cuidados de soporte y terapéuticos sino que abarca todo un proceso que involucra muchas veces la misma percepción de pacientes y familiares cercanos.

1. La tabla 1 muestra que la mayor parte de la población estudiada, en ambas instituciones es menor de 24 años. Todos afirmaron haber oído y conocido acerca de la eutanasia pasiva (ver tabla 2), sin embargo, al interrogarles sobre el concepto que mejor define al proceso de eutanasia pasiva, 21 estudiantes de enfermería de 35 entrevistados (es decir el 60%) indicó que era el proceso por medio del cual se ayudaba a una persona en fase terminal a morir en paz; mientras que 8 estudiantes (22%) indicaron que la eutanasia pasiva consistía en esperar a que la enfermedad siguiera su curso natural y brindar el soporte necesario sin realizar maniobras excesivas. Por otra parte, entre los estudiantes de medicina el 38% (14 estudiantes) indicaron que la eutanasia pasiva consistía en esperar el curso natural de la enfermedad y brindar soporte sin maniobras excesivas, el 25% (9 estudiantes) indicaron que consistía en no realizar ningún tipo de maniobra que podría salvarle la vida al paciente o mejorar su estado y el 17% (6 estudiantes) indicaron que la eutanasia pasiva consistía en ayudar a un enfermo terminal a morir en paz. El concepto de eutanasia pasiva indica que consiste en dejar morir intencionalmente al paciente por omisión de cuidados o tratamientos que son necesarios y razonables. Esto quiere decir que de 71 estudiantes

entrevistados en ambas instituciones, solamente el 15% (11 estudiantes) identificaron apropiadamente el concepto; la mayoría lo definen como la práctica de ayudar a morir a alguien o simplemente esperar al curso natural de la enfermedad o bien, brindar el soporte necesario para que la persona no sufra. Esto pone de manifiesto que existe dificultad para discriminar la terminología y por consiguiente, una amplia dificultad para poder establecer el hecho de si se está ayudando al paciente o bien, por el contrario, se están menoscabando sus derechos y no se le está brindando la ayuda necesaria. Se rechaza por tanto, la hipótesis nula que indica que menos del 50% de los entrevistados tienen conceptos erróneos sobre la definición de eutanasia pasiva. Existe evidencia estadísticamente significativa que permite identificar que más de la mitad de los entrevistados tienen un concepto equivocado al respecto. Cabe la pena mencionar que los estudiantes de enfermería identifican más fácilmente al proceso de eutanasia pasiva con el de ayudar a morir en paz –que es la eutanasia activa- mientras que los estudiantes de medicina identifican al proceso de eutanasia pasiva con acompañar al enfermo en su enfermedad y brindarle apoyo y soporte, sin realizar maniobras exageradas o excesivas –lo que es el proceso natural de muerte-. Es necesario, dados los resultados, que se implementen modelos educativos, no superficiales sobre este proceso y se precise la diferencia entre las diferentes actuaciones de los cuidadores de la salud.

2. También se evaluó el conocimiento y diferenciación respecto de los casos en que sería susceptible de considerar a la eutanasia como una opción y se encontró que entre 49 mujeres entrevistadas, el 33% (16 sujetos, de los cuales 14 son estudiantes de enfermería) indicaron que ante un dolor insoportable cuyo origen es una enfermedad incurable; otro 33% indicó que podría considerarse la eutanasia, si el paciente está grave y tiene un pronóstico bajo y sin posibilidad de recuperación. Llama la atención el hecho que solamente 2 sujetos (4%) indicaron que lo considerarían si el paciente ha perdido el sentido de su vida mientras que otros 2, si el paciente se encuentra muy deprimido. Entre los hombres entrevistados, el 57% (12 sujetos, de los cuales 11 eran estudiantes de medicina) indicaron considerar la eutanasia si el paciente tiene un dolor insoportable cuyo origen es una enfermedad incurable. Esto pone de manifiesto el amplio temor de las personas a enfrentarse a una situación dolorosa que no puedan controlar apropiadamente, al mismo tiempo que pone de manifiesto la visión del dolor y el sufrimiento como un mal innecesario ante el cual se pueden justificar medidas radicales, bajo el supuesto de realizar un bien al paciente que está sufriendo. Conviene recordar que la Medicina Paliativa ha avanzado mucho en los últimos tiempos, mejorando de manera considerable la metodología y terapéutica en materia de dolor y

entonces lo que hace falta es presencia de profesionales expertos en cuidados críticos. Se evidencia el desconocimiento de los educadores sobre este tipo de terapéutica y la consiguiente falta de instrucción al respecto para los estudiantes; no es posible que se olvide tomar en cuenta para ello, que la condición humana es tal, que permite una identificación entre el doliente y el personal que le cuida.

Un porcentaje muy bajo consideró como opción para la eutanasia la pérdida del sentido de la vida o el sentirse muy deprimido y sin embargo, muchas veces atrás de una sintomatología dolorosa se encuentra el miedo a sufrir, a sentirse desprotegido y a no querer enfrentar las situaciones que le encara la vida, factores todos ellos, que son los que más frecuentemente se han encontrado en los diversos estudios que se han realizado a nivel internacional al evaluar las causas de la eutanasia y posiblemente representen la causa principal por la que las personas la solicitan.

3. Por otro lado se evaluó la razón que le impediría a un médico o personal de enfermería retirar las medidas de soporte o realizar las maniobras de resucitación a un paciente; el 51% (36 entrevistados) argumentaron que no realizarían ese tipo de acciones porque son decisiones personales y preferirían que el paciente fallezca de manera natural; el 24% (17 sujetos) argumentaron creencias religiosas para no hacerlo y el 15% (11 sujetos) indicaron que preferirían que lo hiciera la familia o el médico tratante a cargo del caso. Nuevamente, se pone de manifiesto que existe amplia dificultad para definir la mejor acción de los trabajadores de la salud, que ello les genera bastante duda y que sin embargo, no se manifiesta temor a que existan implicaciones legales. La mayor objeción no es legal sino moral (de una u otra manera se percibe como contribuir a la muerte de alguien), ellos prefieren no participar de manera directa; por lo que vale recordar que antes habían indicado como una razón posible el hecho de que el paciente se encuentre ante una situación de mucho dolor lo que genera una duda: si los estudiantes consideran que un dolor intenso puede ser causa suficiente para estar de acuerdo con la eutanasia, aunque la mayoría también prefiera no realizar ellos mismos dichas acciones, entonces ¿quién debería ser el indicado de desconectar a un paciente o de dar la orden para que no se realicen procedimientos? Las justificaciones como el dolor excesivo o el pobre pronóstico de un paciente entusiasman o pueden ganar adeptos ante la práctica de la eutanasia pero es necesario poder argumentar de manera objetiva y asumir las responsabilidades que esto conlleva; muchos profesionales se pueden declarar partidarios de la eutanasia pero no partidarios de realizarla ellos mismos; esta brecha de incongruencia se debe fundamentalmente a

la falta de conocimiento y a la dificultad para poder analizar cualquier caso de manera conjunta e inespecífica.

Si se apela a la emocionalidad y subjetividad al momento de considerar posible la eutanasia, la mayoría de apoyo se obtiene cuando se presentan casos críticos –poco frecuentes comparados con la gran mayoría de procesos de muerte- como el estado vegetativo o muerte cerebral. Se argumentan razones personales que nuevamente ponen de manifiesto el temor a no poder dominar su organismo, a sufrir durante largo tiempo, a permanecer confinado a una cama, permanecer aislado o con limitaciones físicas o mentales y dicho temor se extiende luego al círculo cercano como lo son el sufrimiento teórico de la familia, argumentos económicos, probabilidad de recuperación, etcétera.

4. Con la siguiente pregunta de la encuesta se trató de evaluar la capacidad para determinar, con la mayor exactitud posible, en qué momento se considera que una persona ha fallecido si se encuentra grave en una Unidad de Cuidados Intensivos. Se plantea este caso ya que la mayoría de controversias y dificultades se generan en este ámbito; por contraparte, la mayoría de casos no suponen ninguna dificultad, ya que el morir en casa, morir en una unidad hospitalaria e incluso en otro ambiente como en la calle, no supone ningún debate al no haber ningún factor externo que influya en el estado del paciente (no hay monitores, no hay soluciones I.V., no hay respiradores, etc). Los resultados obtenidos fueron los siguientes: de 71 entrevistados, el 48% (34 sujetos) indicó que la manera más fiable de demostrar la muerte en un paciente en Cuidados Críticos es a través de la realización de un Electroencefalograma cuyo resultado no muestre actividad cerebral. El 22% (16 sujetos) indicaron que declararían la muerte, cuando un paciente no respondiera clínicamente a ningún estímulo y al omitir soluciones y medicamentos presentara paro cardiorrespiratorio y el 20% (14 sujetos) dijeron que considerarían que una persona había fallecido si se encontraba con pupilas dilatadas e hipotérmico. Es necesario recordar que no siempre se contará con la ayuda de un electroencefalograma y por otro lado, que pueden existir patologías que demuestren severas anomalías electroencefalográficas sin que esto signifique necesariamente que la persona ya ha fallecido. El 22% se basa en hallazgos clínicos y se vuelve a remarcar el hecho de que es necesario analizar caso por caso para evitar caer en generalizaciones que luego conduzcan a acciones que vayan en detrimento del propio paciente.

5. Con respecto al a percepción del término Daño Cerebral, el 36% (25 sujetos de los cuales 17 eran estudiantes de enfermería) dijo que este término se corresponde con el hecho de que el cerebro se ha dañado en algunas áreas y por consiguiente devendrá la condición de estado vegetativo y el 31% indicó que esto quiere decir que el paciente ha perdido las funciones cerebrales y no tiene ninguna oportunidad de recuperarse. El 25% indicó que esto quería decir que el cerebro ha perdido su función y por tanto la persona está muerta. Aunque existe dificultad para determinar con exactitud el proceso de muerte cerebral o estado de mínima consciencia, la mayoría coinciden en que este concepto representa un tipo de lesión a nivel cerebral y que tendrá efectos marcados y notorios sobre la conciencia y las funciones cerebrales superiores, siendo la mayoría de las veces daño de tipo irreversible; por consiguiente, aún cuando no hay una definición exacta y universalmente aceptada, los entrevistados tienen conceptos relacionados a la muerte cerebral; por tanto se acepta la hipótesis nula que indica que más del 50% de los entrevistados tendrán conocimientos adecuados sobre la muerte cerebral. Sin embargo, el hecho de tener amplia dificultad para definir dicha terminología crea confusión y dificultad para poder discernir adecuadamente al respecto. Puede suceder entonces que, dicha dificultad motive que una persona considere más fácilmente el proceso de eutanasia, ante el temor de entrar en un estado definido. Es aquí donde se da lugar a que se expresen argumentos de la familia como el evitar sufrimiento innecesario a un paciente, evitar el sufrimiento psicológico que le implica a la familia misma y prolongar de manera artificial la vida cuando no hay ningún pronóstico; intencionalidad que se ha visto plasmada en lo que ahora se conoce como Declaración de Voluntad Anticipada. No obstante, se debe reconocer que es diferente hablar de prolongación inútil de la vida (que sería un encarnizamiento terapéutico) y compararlo con un estilo de vida diferente y con discapacidades puesto que en realidad lo que las personas quieren evitar es sufrir, verse limitadas o en situaciones límites; para analizarlo adecuadamente, hay que tomar en cuenta que no son los casos más frecuentes y que por ello existe la Medicina Paliativa, por lo que la eutanasia no representa una verdadera solución de fondo sino solamente la terminación de un proceso que no se quiere enfrentar.

6. No obstante lo expresado por los estudiantes, llama la atención que, al preguntarles en qué casos no harían ningún tipo de maniobra de resucitación cardiopulmonar para mantener con vida a un paciente, el 77% (53 entrevistados) afirmaron que en ningún caso abandonarían las maniobras de resucitación cardiopulmonar, ya que sería participar indirectamente en la muerte del paciente. Solamente el 13% (9 sujetos) indicaron que abandonarían maniobras si fuera un paciente de tercera edad con

enfermedad terminal. Por otro lado, solamente 2 sujetos (3%) indicaron que abandonarían maniobras si el paciente tiene pronóstico grave y pocas probabilidades de sobrevivir y 3 sujetos (4%) indicaron que si el paciente está sufriendo y el pronóstico es pobre, no harían ningún tipo de maniobra. Esto quiere decir que existe una alta probabilidad de que se cometa un ensañamiento terapéutico o distanasia (proceso en el cual se utilizan medios exagerados para mantener con vida al paciente, evitando el proceso natural de muerte) lo cual solamente creará más daño, no solamente físico al paciente moribundo sino que también psicológico a la familia, pues se crean falsas expectativas de vida y probablemente, también se malgastan recursos hospitalarios.

7. Es necesario también, poner de manifiesto que en esencia, el sentido de un trabajador para la salud, como lo son un médico o una enfermera, es cuidar y preservar la vida y no favorecer la muerte, lo cual se contradice con los hallazgos mencionados anteriormente con respecto a la eutanasia; ello evidencia que hace falta aclarar estos términos en los estudiantes para ayudar a un mejor discernimiento al respecto, no solamente ético sino de carácter científico.

Lo anterior se hace palpable al indagar acerca del encarnizamiento terapéutico y las situaciones en las que sería inapropiado realizar maniobras de resucitación en pacientes moribundos, ya que el 62% (43 sujetos) indican que sin importar la enfermedad, siempre es necesario realizar maniobras de resucitación y poner los medios necesarios, incluyendo fármacos para evitar la muerte; el 27% (19 sujetos) consideran inapropiado realizar maniobras de resucitación si un paciente clínicamente presenta coma profundo y tiene diagnóstico de muerte cerebral. Es decir, el 62% caerían probablemente en la práctica del encarnizamiento terapéutico mientras que otro 27% se basarían en un diagnóstico de muerte cerebral y ambos criterios pueden ser susceptibles de ser subjetivos y con interferencias que al final, pueden confundir al cuidador de salud, incurriendo así en faltas a su propio código de ética, aunque sea de manera no intencional.

V. CONCLUSIONES

1. A pesar que la totalidad de los estudiantes entrevistados, tanto de enfermería como de medicina indican haber oído y conocer sobre la eutanasia pasiva, el 38% (27 sujetos) identifican dicho término con el de ayudar a alguien a morir en paz (eutanasia activa); el 31% (22 sujetos) como el proceso natural de muerte, brindando apoyo y soporte adecuado pero sin realizar maniobras excesiva (muerte digna u ortotanasia) y solamente el 15% (11 sujetos) identifican el concepto de eutanasia pasiva con el de no realizar ningún procedimiento que podría ser de beneficio para el paciente con el objeto de dejarle morir.
2. No se logra determinar, entre los estudiantes, qué significado tiene el término estado vegetativo porque el 36% de los entrevistados identifican el término muerte cerebral con áreas cerebrales dañadas y lo asocian con el mismo estado vegetativo; el 31% considera que el paciente no tiene ninguna oportunidad de recuperarse y el 25% considera que es sinónimo de que la persona ha fallecido.
3. Las principales razones argumentadas a favor de la eutanasia son el enfrentarse a un dolor insoportable cuyo origen sea una enfermedad incurable y el hecho que el paciente esté grave, con bajo pronóstico y sin posibilidades de recuperación. El 33% de las mujeres y 57% de los hombres consideran válida la razón cuando exista dolor insoportable. No se consideran razones válidas el hecho de sentirse sumamente deprimido o el haber perdido el sentido de vida.
4. De los entrevistados, el 48% se basa en los hallazgos electroencefalográficos. Para determinar si una persona ha fallecido, el 22% considera la muerte si el paciente no responde clínicamente y los signos vitales dependen de soluciones y medicamentos, mientras que un 20% se basa en hallazgos puramente clínicos y físicos.

VI.RECOMENDACIONES

1. Se hace necesaria la revisión de conceptos relacionados con la eutanasia y la creación de ámbitos de discusión mediante los cuales se pueda obtener una visión global, ética, objetiva y comprensiva que permita que los estudiantes de enfermería y medicina comprender a fondo los aspectos relacionados con la muerte; se recomienda para ello la revisión periódica así como la inclusión de la temática bioética en el pensum de estudios.
2. El concepto de muerte cerebral sigue siendo controversial y de difícil conceptualización por lo que se hace necesario basarse no solamente en la evidencia clínica –que no es capaz de resolver totalmente los planteamientos surgidos- sino en principios filosóficos y éticos que permitan un trato digno al paciente, sin producir encarnizamiento terapéutico pero tampoco descuidar los cuidados pertinentes. Insistir sobre lo necesario del análisis individual para cada caso es fundamental para formar una clara conciencia de ello, en los estudiantes de medicina y de enfermería.
3. Se recomienda la inclusión de principios y conceptos de Medicina Paliativa y Cuidados Críticos, en los cursos concernientes al pensum académico de cada profesión ya que la mayoría de entrevistados aducen como principal causa para considerar la eutanasia, el hecho de que el paciente esté enfrentando un proceso de dolor intenso o la poca expectativa de vida del paciente.
4. Es importante realizar una revisión exhaustiva de las herramientas diagnósticas de laboratorio como el electroencefalograma para delimitar y especificar su uso en pacientes críticos, ya que existe amplia aceptación del uso del EEG como herramienta diagnóstica definitiva para predecir, de manera bastante exacta, la evolución del paciente y por consiguiente, su expectativa de vida.

VII. BIBLIOGRAFIA

1. Monge F. 1989. *¿Eutanasia?* Ediciones Palabra S.A. Madrid, España.
2. Dworkin G; Frey R; Bok S. 1998. *La eutanasia y el auxilio médico al suicidio*. Traducción de la primera edición en Cambridge (1998) hecha por Carmen Francí Ventosa. Cambridge University Press, Madrid, 2000. ISBN 84-8323-109-3.
3. Serrano Ruiz-Calderón, J. 2007. *La eutanasia*. Ediciones Internacionales Universitarias, Madrid. ISBN 84-8469-207-8.
4. Dworkin, R. 1994. *El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*. Versión española de Ricardo Caracciolo y Víctor Ferreres (Universitat Pompeu Fabra) del original *Life's Dominion*, 1ª ed. 1993. Ed. Ariel, Barcelona, 1994. ISBN 84-344-1115-6.
5. Consejo General de Colegios oficiales de Médicos. 2006. *Declaración de la comisión central de Deontología sobre el significado de la expresión "Eutanasia Pasiva"*. 2006. Cuadernos de Bioética. XVII, 2006/2ª 245. www.aebioetica.org
6. Singer, P. 1994. *Rethinking Life and Death: The Collapse of Our Traditional Ethics*. New York: St. Martin's Press. <http://www.catholiceducation.org>.
7. Ruiz R, F. 2007. *Una mirada a la ética: ética en medicina*. Revista de Psiquiatría.com/ www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/195/31509.
8. Ruiz F. 2007. *Calidad de vida en medicina: Problemas conceptuales y consideraciones éticas*. FUENTE: PSICOLOGIA.COM. 2007; 11(2).
9. Smith J. W. 2000. *Harsh Medicine*: Capítulo 1 en Cultura de la Muerte. Catholic Education Resource Center.
10. Buhigas G. 2009. *Eugenesia y Eutanasia. La conjura contra la vida*. Madrid, España. 1ª edición.
11. Barrio Maestre J; Barrio Moreno R. 1999. *Muerte a petición: ¿Caridad o crimen?* Traducción de José María Barrio Maestre y Ricardo Barrio Moreno; Título original: "Euthanasie. Wohltat oder Untat? Anmerkungen zur Philosophie von Anselm Winfried Müller", en Die Neue Ordnung, Vol. 53, Nr. 5, Oktober 1999, pp. 363-374.

12. Shaw D. 2007. *The body as unwarranted life support: a new perspective* *The body as unwarranted life support: a new perspective on euthanasia*. Journal of Medical Ethics. ;33:519-521.
13. Watson R. 2009. *Luxembourg is to allow eutanasia from 1 april*. British Medical Journal 2009; 338b:1248.
14. Asociación Médica Mundial. *Resolución de la Asociación Médica Mundial sobre la Eutanasia*. Disponible en: <http://www.wma.net/s>.
15. García-Romero H; González-Gonzalez A; Galicia J. *Aceptación o rechazo de la eutanasia. Encuesta en 3021 empleados del gobierno federal*. Gaceta Médica Mexicana. 1998. Sep-oct: 134(5): 629-36.
16. Gutiérrez-Samperio C. *La bioética ante la muerte*. Gaceta Médica Mexicana. 2001; may-jun: 137 (3):269-276.
17. Pardo Sáez J. 2004. *Bioética Práctica*. Editorial RIALP, Madrid, España. pp 141.
18. Beca J; Ortiz A; Solar S. 2005. *Derecho a morir: un debate actual*. Revista Medica Chilena. 2005; mayo: 133(5):601-606.
19. Silva Abbot M. Abril 110. Febrero 2007. Boletín Próvida 251.
20. González Barón M. *Suicidio y eutanasia: ¿Muertes dignas?* Noticias El Mundo, 24 de noviembre de 2008.
21. Consejo General de colegios Oficiales de Médicos de España. 2009. *Ética de la Sedación en la agonía*. www.cgcom.org
22. Barrio J. 2005. *Trato ético con las personas ancianas*. Cuadernos de Bioética.
23. Camps C; Gavila J; Garde J et al. 2005. *La eutanasia en el paciente con cáncer y los cuidados continuos*. Clin transl. Oncol. Aug; 7(7): 278-284.
24. Bosch J. 2003. *Análisis de los motivos de petición de la técnica eutanásica por parte de los enfermos*. Revista Bioética; No. 50. España.

25. Wilson, D. 2000. *Los enfermos terminales que demandan eutanasia tienen mayor prevalencia de desórdenes depresivos*. Archives of Internal Medicine;160:2454-2460.
26. Ganzini L, Goy E, Dobscha S. 2008. *Prevalence of depression and anxiety in patients requesting physicians` aid in dying: cross sectional survey*. British Medical Journal: 337:a17682.
27. Koch R. 2008. *Euthanasia and depression: no surprises*. British Medical Journal:337:a2479.
28. Thomasma, D; Kushner, T. 1999. *De la vida a la muerte: ciencia y bioética*. Traducción española de la primera edición hecha por Rafael Herrera Bonet. Cambridge University Press, Madrid, 1999. ISBN 84-8323-073-9.
29. Calsamiglia A. 2005. *Sobre la eutanasia*. Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes, N. sobre versión original: Edición digital a partir de *Doxa: Cuadernos de Filosofía del Derecho*. núm. 14 (1993), pp. 337-358.
30. Lora P; Gascón, M. 2008. *Bioética. Principios, desafíos, debates*. Alianza editorial. ISBN 978-84-206-9125-1.
31. van der Lee M, van der Bom J, Swarte N et al. 2005. *Euthanasia and depression: a prospective cohort study among terminally ill cancer patients*. Journal of Clinical Oncology, Vol 23, No. 27. Pp. 6607-6612.
32. Foley K, Hendin H. 2002. *The case against assisted suicide: for the right to end-of-life care*. New England Journal of Medicine. Vol347:541.
33. Sheldon T. 2007. *Incidence of euthanasia in the Netherlands falls as that of palliative sedation rises*. British Medical Journal,;334:1075.
34. Dobson R. 2009. *UK Doctors` attitude to assisted dying differs strongly from the public`s*. British Medical Journal.: 338b1338.
35. Tuffs, A. 2008. *A third of German doctors would like law on assisted suicide to be changed*. British Medical Journal. 337:a2814.

36. Emanuel E. 2002. *Euthanasia and Physician –assisted suicide: a review of the empirical data from the United States*. Archives of Internal Medicine. 162:142-152.
37. Noland S. 2000. *Physician-assisted suicide en eutanasia in practice*. New England Journal of Medicine. Vol 342:583-584, editorial Number 8.
38. Groenewoud J, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen B, et al. 2000. *Clinical problems with the performance of euthanasia and physician-assisted suicide in the Netherlands*. New England Journal of Medicine. 342:551-556.
39. der Heide A, van der Maas PJ, van der Wal G, et al. 1997. *Medical end-of-life decisions made for neonates and infants in the Netherlands*. Lancet; 350:251-255.
40. Casarett D; Kapo J; Caplan A. 2005. *Appropriate use of artificial nutrition and hydration-fundamental principles and recommendations*. New England Journal of Medicine. 353: 2607-2612. Vol. 24.
41. Helman C. 2000. *Culture, health, and illness*. 4th ed. Oxford, England: Butterworth–Heinemann.
42. Faber-Langendoen K. 1994. *The clinical management of dying patients receiving mechanical ventilation: a survey of physician practice*. Chest. 106:880-8.
43. Morgan A. 2001. *Brain death-well settled yet still unresolved*. New England Journal of Medicine. 1244; Vol 344, No. 16.
44. Veatch RM. 1976. *Death, dying, and the biological revolution: our last quest for responsibility*. New Haven, Conn.: Yale University Press, 1976.
45. Medical Consultants on the Diagnosis of Death to the President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. 1981. *Guidelines for the determination of death*. JAMA; 246:2184-6.
46. Wijdicks EF. 1995. *Determining brain death in adults*. Neurology. ;45: 1003-11.
47. Wijdicks E. 2001. *The diagnosis of brain death*. New England Journal of Medicine. Vol 344; No 16. www.nejm.org
48. Haupt WF.1999. *European brain death codes: a comparison of national guidelines*. J Neurol. ;246:432-7.

49. Willatts SM, Drummond G. 2000. *Brainstem death and ventilator trigger settings*. *Anaesthesia*. 55:676-7.
50. Ashwal S. 1997. *Brain death in the newborn: current perspectives*. *Clin Perinatol*. 24:859-82.
51. Bradac GB, Simon RS. 1974. *Angiography in brain death*. *Neuroradiology*. 7:25-8.
52. Tagarro G; Dorao M; Moraleda S et al. 2008. *Cuidados al final de la vida en una unidad de cuidados intensivos pediátricos: evaluación por parte del personal y de los padres*. *Annals Pediatrics*. 2008; apr; 68(4): 346-352.
53. Gomez Rubi J. 2000. *Problemas éticos en la retirada de la nutrición artificial: reflexiones desde la cultura mediterránea*. *Nutr. Hosp*. 2000; Sept-oct:15(5): 169-174.
54. Inez de Beaufort. 2005. *Patients in a persistent vegetative state- a dutch perspective*. *The New England Journal of Medicine*. 352;23.
55. Slutsky A; Hudson L. 2009. *Care of an unresponsive patient with a poor prognosis*. *Clinical Decisions*. *The New England Journal of Medicine*. 360:5; 527.
56. Luce JM. 1995. *Physicians do not have a responsibility to provide futile or unreasonable care if a patient or family insists*. *Crit Care Med*. 23:760-6.
57. Mundo cristiano. 2007. *En la atención a los enfermos en estado vegetativo, ¿Hasta cuando se les debe alimentar?. www.fluvium.org*