

Código de deontología médica, dolor y respeto a la vida

Code of medical ethic, pain and respect for life

JOAN MONÉS XIOL

RESUMEN

El Código de deontología médica contiene los principios y normas éticas que deben guiar la conducta profesional del/a médico/a. Las normas que contiene son de obligado cumplimiento. Algunas se refieren al manejo del dolor y a la información al paciente, con especial énfasis cuando conlleva un pronóstico desfavorable, sea por la propia naturaleza de la enfermedad o por la relevancia en alguno de sus síntomas, como el dolor. El médico debe esforzarse en transmitirla con delicadeza y si se prevé daño al paciente derivado de la información, el médico debe ponderar la oportunidad y el momento de comunicarla, constatando en la historia clínica las razones por las que se ha pospuesto la información completa («privilegio terapéutico»). Para el médico, el tratamiento del dolor no es una cuestión opcional, sino un imperativo ético. La buena práctica médica supone la aplicación de medidas terapéuticas proporcionadas, evitando tanto la obstinación terapéutica como el abandono, el alargamiento innecesario o el acortamiento deliberado de la vida. En el final de la vida, el objetivo prioritario del médico debe ser conseguir para el paciente el máximo confort posible, en el corto periodo de vida que le queda. Guardar la vida a ultranza y sin límites, defendido por algunos, puede derivar al médico al «encarnizamiento terapéutico» con terapias que no pueden curar, tan solo prolongar por poco tiempo su vida en condiciones penosas, conducta que no es ética, ya que causa un mayor perjuicio al paciente y su familia.

Palabras clave: Código de deontología médica. Dolor. Analgésicos opioides. Sedación paliativa. Eutanasia.

ABSTRACT

The Code of Medical Ethics contains the principles and ethical standards that should guide the professional conduct of physicians. The rules it contains are mandatory. Some of them refer to pain management and patient information, with special emphasis when it involves an unfavorable prognosis, either by the nature of the disease itself or by the relevance of any of its symptoms, such as pain. The physician should strive to transmit it delicately and if harm to the patient is foreseen as a result of the information, the physician should consider the opportunity and the moment to communicate it, noting in the clinical history the reasons why the complete information has been postponed (“therapeutic privilege”). For the physician, pain management is not an optional matter, but an ethical imperative. Good medical practice involves the application of proportionate therapeutic measures, avoiding both therapeutic obstinacy and abandonment, unnecessary prolongation or deliberate shortening of life. At the end of life, the physician priority objective should be to achieve the maximum possible comfort for the patient in the short period of life that remains. To save life at all costs and without limits, defended by some, can lead the physician to “therapeutic intemperance” with therapies that cannot cure, but only prolong life for a short time in painful conditions, conduct that is unethical, since it causes greater harm to the patient and family.

Keywords: Code of Medical Ethics. Pain. Opioid analgesics. Palliative sedation. Euthanasia.

Corresponding author: Joan Monés Xiol, jmonesxiol@gmail.com

EL CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA. PRINCIPIOS BÁSICOS

La deontología médica es el conjunto de principios y normas éticas que han de inspirar y guiar la conducta profesional del/a médico/a. Son normas mayoritariamente aceptadas por los profesionales de la medicina, que tienen el deber de acatarlas y cumplirlas, por encima de opiniones y visiones particulares. La deontología médica se plasma en un Código de deontología médica (CDM), redactado por la Comisión de Deontología de la Organización Médica Colegial y avalado por la colegiación por medio de sus representantes elegidos democráticamente. La versión del CDM más reciente está vigente desde diciembre del 2022¹.

Los principios generales del CDM tienen carácter programático y el Artículo 4.1 afirma: «El médico está al servicio del ser humano y de la sociedad. Respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son los deberes primordiales del médico». El Artículo 10.1 señala la importancia de una información adecuada y suficiente como parte imprescindible del acto médico: «La información al paciente no es un acto burocrático, sino una parte del acto médico cuyo deber corresponde al médico que lo realiza. Es deber del médico respetar el derecho del paciente a estar informado adecuadamente en todas y cada una de las fases del proceso asistencial. Deberá respetar, igualmente, la decisión del paciente de no ser informado, cuando este así lo exprese».

La obligación de una correcta información se completa con el Artículo 10.3: «La información incluirá los riesgos derivados de la propia enfermedad y de los efectos secundarios propios de las intervenciones que se propone realizar, así como las alternativas conocidas y avaladas por la evidencia científica. El médico responsable del paciente es quien garantizará el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle».

El CDM también indica con suficiente precisión las condiciones que debe tener esta información. Así, el Artículo 10.4 expresa: «El médico debe informar al paciente de manera comprensible, con veracidad, ponderación y prudencia. Como regla general, la información será la suficiente y necesaria, donde se incluyan los riesgos inherentes a la intervención sanitaria propuesta, para que el paciente pueda tomar

decisiones. De esta información se debe dejar constancia en la historia clínica, así como del hecho de haber comprobado la comprensión del contenido de la información por parte del paciente».

Por último, y dentro de los principios generales, el Artículo 10.5 del CDM hace especial referencia a la información que comporta un pronóstico desfavorable, ya sea por la propia naturaleza de la enfermedad o por la relevancia en alguno de sus síntomas, como puede ser el dolor, recomendando: «Cuando la información incluye datos de gravedad o de mal pronóstico, el médico se debe esforzar en transmitirla con delicadeza. Ante una situación excepcional en la que se prevé un daño al paciente derivado de la información, el médico debe ponderar la oportunidad y el momento de comunicarla. En este caso, debe dejar constancia, en la historia clínica, del uso del privilegio terapéutico y de sus razones».

EL DOLOR. ASPECTOS ÉTICOS

Para el médico, el tratamiento del dolor no es una cuestión opcional, sino un imperativo ético. El enfermo tiene derecho a que su dolor sea entendido y el médico tiene el deber eliminarlo o al menos aliviarlo tanto como sea posible. Cuando un paciente revela que padece dolor el médico debe de creerle e intentar evaluar su intensidad, teniendo presente la propia definición clínica del dolor: «el dolor es lo que el enfermo dice que es, es lo que el enfermo describe y no lo que los demás pensamos que debe ser».

El dolor, aunque indeseable, es un mecanismo de defensa que protege de las agresiones del medio externo, sin él se producirían desventajas en la supervivencia, pero una vez aparece se convierte en sí mismo en una agresión al organismo y por tanto se debe eliminar o por lo menos aliviar, ya que su presencia deteriora física y psíquicamente al que lo padece, condicionando además la evolución de la enfermedad de base.

Es muy evidente la conveniencia de determinar la causa principal del dolor, que ayuda en las decisiones terapéuticas más pertinentes. Siempre ha sido así y en la actualidad es más perentorio debido a que se han incrementado las posibles alternativas de tratamiento, considerando la notable disposición de analgésicos, otros fármacos adyuvantes para los diferentes tipos de dolor y diversas técnicas locales².

No hay medios objetivos para evaluar el nivel de dolor de un paciente, por tanto se debe considerar el dolor como un fenómeno complejo en todas sus

vertientes: fisiológicas, psicosociales, morales y de comportamiento, que el médico procurará comprenderlas lo mejor posible. Además, la propia complejidad del dolor convierte un síntoma en una enfermedad en sí misma, llegando a constituir un síndrome con identidad propia.

El dolor es un problema de salud global, infravalorado durante décadas, y que en España afecta de forma crónica aproximadamente a un 20% de la población adulta. Pese a que alrededor del 70-80% de los pacientes reciben algún tratamiento analgésico, en aproximadamente la mitad no se logra controlar suficientemente el dolor.

La gravedad, persistencia y el grado de afectación del dolor en un paciente puede derivar en el denominado «dolor total» cuando se dan los siguientes elementos:

- Físicos: daño tisular (somático), compresión o infiltración nerviosa (neuropático) y/o visceral.
- Emocionales: depresión, ansiedad, insomnio, enfado consigo mismo y con su ambiente, fatiga crónica.
- Sociales: aislamiento con su entorno, pérdida de la posición social habitualmente asociada a problemas económicos.
- Espirituales: sensación de culpabilidad, reproches e inseguridad ante la muerte.

Como consecuencia derivada de la complejidad del «dolor total», implica que requiera en sí mismo un enfoque terapéutico completo y complejo (farmacológico, físico, emocional, espiritual, social, psicológico, familiar y moral)³.

La orientación del dolor en el código de deontología

La supresión, o al menos el alivio del dolor tanto agudo como crónico, debe ser un objetivo de primer orden y con especial relevancia en el cáncer y en la enfermedad terminal. Sin embargo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), este trascendental aspecto sigue siendo un problema relevante de salud pública, infravalorado en la sanidad de muchos países. El CDM no puede desentenderse de esta situación y por ello le dedica algunos artículos, que tratan los aspectos más relevantes en la orientación del dolor y sus consecuencias, especialmente referidas al dolor que acompaña frecuentemente al final de la vida.

El Artículo 38.1 del CDM indica la obligatoriedad en el tratamiento integral del dolor: «El médico tiene el deber de intentar la curación o la mejoría del paciente siempre que sea posible. Llegado el momento en que

no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para procurar su mayor bienestar posible y dignidad, aun cuando de ello pueda derivarse un acortamiento de la vida»

Por otra parte, señala inequívocamente en el Artículo 38.2 del CDM: «El médico no debe emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza de beneficios, o inútiles para el enfermo. Debe retirar, ajustar o no instaurar un tratamiento cuando su pronóstico así lo aconseje. Del paciente tendrá en cuenta su voluntad explícita o anticipada a rechazar dicho tratamiento para prolongar su vida».

La buena práctica médica supone la aplicación de medidas terapéuticas proporcionadas, evitando tanto la obstinación terapéutica como el abandono, el alargamiento innecesario o el acortamiento deliberado de la vida.

Las orientaciones emanadas de las normas del CDM son suficientemente claras, pero a veces comportan dudas en su aplicación práctica. Un estudio de Boceta-Osuna et al.⁴ intenta conocer los problemas éticos en el manejo del dolor (en la práctica clínica, en el entorno y en las instituciones en que trabajan, que interesan y preocupan a los médicos). Para ello y mediante entrevistas con los profesionales con dedicación preferente al dolor en España, se conoce que muestran inquietud por problemas éticos relacionados con la incertidumbre en las indicaciones, especialmente en cuanto a técnicas invasivas y costosas, y el riesgo/beneficio del uso de ciertos fármacos, sobre todo opioides, y en indicaciones fuera de ficha técnica.

Para conseguir optimizar la orientación del paciente con dolor son imprescindibles las unidades específicas el tratamiento del dolor y cuidados paliativos para una «buena práctica» médica en el dolor crónico y especialmente al final de la vida y conseguir una atención integral a los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo y en que el control de los síntomas, en especial el dolor, es objetivo primordial, sin olvidar aspectos coadyuvantes como los problemas psicológicos, sociales y espirituales, y también el apoyo y complicidad de la familia y su entorno, con el objetivo de conseguir la mejor calidad de vida posible hasta el final.

Son los gestores del sistema de salud los que tienen la responsabilidad de instaurar servicios dedicados a la correcta atención del dolor y a la vez dar información a los usuarios. Los proveedores de atención médica tienen la obligación ética de brindar

un tratamiento eficaz a los pacientes que sufren dolor crónico. Redefinir los principios de autonomía, beneficencia/no maleficencia y justicia para cumplir con la justicia social y solidaridad es esencial para tener el marco necesario para brindar una atención más ética y equitativa⁵.

La autonomía en la toma de decisiones del paciente se refiere a la capacidad del paciente para tomar sus propias decisiones, si se le proporcionan los recursos y la información suficientes para ello. En la medicina del dolor, se acepta que la terapia beneficiosa más adecuada tiene como objetivo proponer un plan de tratamiento individualizado compartido con los pacientes, como agentes, para ayudarlos a vivir con el tratamiento de su dolor de la manera más autónoma posible. La mayoría de los pacientes tratados en los centros para el manejo del dolor crónico y por médicos dedicados a curas paliativas llegan a ser lo suficientemente autónomos como para participar en las decisiones terapéuticas que les afectan.

Para intentar profundizar en este aspecto hay estudios, como el de Sacco et al.⁶, que evaluaron durante dos meses la autonomía en los pacientes de un centro de atención del dolor de tercer nivel, utilizando la herramienta de evaluación de la competencia para el tratamiento (*MacCAT-T*, *Macarthur Competence Assessment Tool for Treatment*), que explora las habilidades de elección, comprensión, razonamiento y apreciación para consentir un tratamiento médico, considerada de referencia para medir la capacidad de los pacientes para dar su consentimiento a la terapéutica propuesta. Se recogieron datos demográficos y características del dolor de los pacientes y se pidió a sus respectivos médicos especialistas en dolor que evaluaran clínicamente el grado de autonomía de sus pacientes. De los 27 pacientes evaluados, 22 (81%) tenían plena capacidad de decisión y 5 (9,3%) tenían un déficit importante de autonomía. Estos resultados sugieren que alrededor del 10% de los pacientes que sufren dolor crónico no son autónomos en su decisión de consentir el plan de tratamiento.

En el manejo del dolor hay que hacer un esfuerzo en adaptarse a las aportaciones que ofrecen las nuevas tecnologías. Así, Mazzolenis et al.⁷ recientemente llevaron a cabo una revisión de 38 artículos editoriales y de investigación de entre 2018 y 2023, centrados en la aplicación de la inteligencia artificial (IA) en el dolor crónico y en la cefalea incapacitante. Las aplicaciones de IA abordaron temas como la predicción de la intensidad del dolor, las ayudas diagnósticas, la evaluación del riesgo de

uso indebido de medicamentos y la optimización del acceso a la atención. Esta revisión destaca el potencial de la IA para mejorar los resultados de los pacientes y las experiencias de los médicos en el enfoque del dolor crónico y las cefaleas incapacitantes.

Las intervenciones no farmacológicas desempeñan un papel coadyuvante en el tratamiento del dolor articular crónico, en especial el lumbar crónico inespecífico. A título de ejemplo, la terapia manual tradicional china (Tuina), que incorpora técnicas de presión, amasado y frotamiento para aliviar el malestar físico y mejorar el bienestar general⁸.

RESPECTO A LA VIDA EN SU FINAL

En los momentos finales de la vida, habitualmente acompañados de dolor y sin posibilidades de vuelta atrás, el objetivo prioritario del médico debe ser conseguir para el paciente el máximo confort posible, en el previsiblemente corto periodo de vida que le queda. Sin embargo, el aparente bien intencionado objetivo de guardar la vida a ultranza y sin límites, defendido por algunos, puede conducir al médico, incluso sin darse cuenta, a caer en el «encarnizamiento terapéutico», definido como «utilización de terapias que no pueden curar al paciente, sino simplemente prolongan su vida en condiciones penosas». Esta práctica debe ser rechazada como ética, ya que causa un mayor perjuicio al paciente y su familia, y un cierto rechazo social, con la queja (no sin razón) de que algunos médicos tratan inadecuadamente a los pacientes en su fase terminal, en un loable pero incierto intento de retardar el previsible próximo final.

Los signos clínicos premonitorios que indican la aparición próxima del final de la vida son habitualmente: la debilidad creciente, disminución de la capacidad de atención, la permanencia continua en la cama, desorientación en tiempo y espacio, desinterés para tomar alimentos y bebida, determinando la fase de «paciente terminal», definido por la Real Academia Española de la lengua como «un enfermo que está en situación grave e irreversible y cuya muerte se prevé próxima». Conforme se incrementa el deterioro físico, el dolor es difícilmente controlable, disminuyen las funciones intelectuales y el estado de consciencia, acercándose al periodo de agonía, definido por la Real Academia Española de la lengua, como «angustia o congoja del moribundo; estado que precede a la muerte».

Junto a este proceso individual tan trascendente en la vida de las personas, se produce simultáneamente un fuerte impacto emocional en sus allegados y familiares, sobre todo los que conviven con el paciente. Circunstancias que el médico debe de tener presente, como parte integrante de su deber asistencial.

El paciente terminal no debe ser un paciente «científicamente menos interesante» y que solo precisa de las necesarias curas paliativas. Es fundamental la presencia acogedora, frecuente y tranquilizadora del médico, que debe escuchar al paciente mientras esté consciente y sea capaz de hacerlo y contestar a sus preguntas de forma verídica y prudente. El paciente solo pierde la esperanza si se siente poco menos que abandonado. Por el contrario, cuando el paciente en situación de agonía encuentra el soporte familiar y sanitario adecuado, este es el mejor de los bálsamos para conseguir un mayor confort en este periodo tan delicado de su vida que se acaba.

Además, el médico debe favorecer la presencia del soporte religioso, en caso de que el paciente lo pida, e incluso llegar a proponerlo, siempre y cuando se conozcan sus creencias. En estos casos el apoyo religioso tiene un claro efecto favorecedor para el paciente creyente, disminuyendo la ansiedad y la intranquilidad. Este efecto positivo está avalado por la experiencia de equipos sanitarios y por estudios objetivos⁹. La atención espiritual adecuada y las creencias religiosas se asociaron en un estudio clásico¹⁰ con un menor deseo de muerte, de ideas de suicidio y sobre todo con menor desesperanza.

En las curas generales el profesional sanitario ha de procurar la máxima intimidad posible para el paciente y su familia. Es un aspecto al que el médico no le suele dar la importancia que merece, más preocupado por la atención puramente clínica. Así mismo priorizar la comodidad y el descanso del paciente, por encima de pautas rígidas menos trascendentes en fases finales de la vida, como la toma de constantes, horario estricto en las medicaciones, control de diuresis, etc.

El Artículo 5.4 del CDM expresa: «El médico debe ejercer su profesión con el mayor respeto por el derecho a la vida y la protección de la salud de las personas y de su comunidad». El nuevo Código internacional de ética médica de 2022 comienza con un artículo similar: «Al prestar atención médica, el médico debe respetar la vida y dignidad humana y la autonomía y los derechos del paciente».

El Artículo 38.3 del CDM señala: «Cuando la situación clínica del paciente no le permita tomar decisiones, el médico debe respetar las instrucciones previas o voluntades anticipadas y, en caso de no existir, la opinión del paciente manifestada y conocida con anterioridad y la expresada por sus representantes».

El paciente terminal con cierta frecuencia tiene dificultades para ingerir alimentación oral y para tomar la medicación por esta vía y en estos casos el control del dolor y otros síntomas acompañantes (disnea, profunda ansiedad, etc.) deben ser tratados, habitualmente con opioides por vía parenteral, subcutánea o endovenosa. Para evitar los efectos indeseables derivados de un síndrome de privación, ha de mantenerse el tratamiento con opioides, incluso en situaciones de coma y sin dolor aparente.

Sedación

Cuando con las medidas habituales correctamente instauradas no se consigue el control del dolor y/o la profunda ansiedad, en un paciente con enfermedad grave, irreversible y en situación de agonía, el equipo asistencial ha de plantearse la sedación.

El Diccionario de medicina define la sedación como «la acción producida por los sedantes» o de una forma más completa como «la administración de fármacos con el fin de disminuir el nivel de consciencia, con el objetivo de controlar síntomas intensos que no han conseguido controlar de forma adecuada los analgésicos, o también se dice de la preparación a un paciente para una intervención diagnóstica o terapéutica que puede llegar a ser estresante o dolorosa».

El mismo diccionario define como sedante «Aquello que calma o disminuye una percepción que produce dolor y angustia» o en una definición más descriptiva, sedantes son «Sustancias que disminuyen la sensación de dolor, o más exactamente, la excitación del sistema nervioso central. La acción sedante de muchos medicamentos está relacionada con sus cualidades analgésicas, tranquilizantes e hipnóticas y el tipo de acción que se alcanza (para un mismo paciente) depende de la dosis administrada».

La sedación más frecuente utilizada en medicina es la sedación transitoria para la prevención de dolor o malestar psicológico (la utilizada en endoscopia, para otros procesos diagnósticos o terapéuticos, síndromes de privación, etc.). La sedación paliativa es la utilizada para controlar un síntoma incapacitante

y refractario al tratamiento analgésico a las dosis adecuadas.

La sedación paliativa se define 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».

En un estudio de Cameron et al.¹¹ en una unidad de curas paliativas, se objetivó que un 20% de los pacientes en fase terminal requirieron sedación paliativa. Las principales motivaciones fueron la agitación con delirio (45%), vómitos intratables (25%), convulsiones (15%), disnea (10%) y dolor intratable (5%)

El Artículo 38.5 del CDM señala inequívocamente: «La sedación paliativa en el enfermo en fase terminal es un tratamiento correcto e indicado cuando existen síntomas refractarios que no pueden ser controlados con los tratamientos disponibles. Para realizarla se debe obtener el consentimiento explícito o implícito del paciente, o por representación en los casos de pacientes que no pueden emitir un consentimiento válido, debiendo esto quedar registrado en su historia clínica».

Eutanasia y suicidio asistido

En la Ley se define la eutanasia como «el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento». La Comisión Nacional de Bioética define la eutanasia como «el acto o procedimiento, por parte de un médico para producir la muerte de un paciente, sin dolor, y a petición de este, para terminar con su sufrimiento».

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

El suicidio asistido «es la ayuda que da un médico a un paciente que quiere terminar su vida se entiende que sin dolor y para poner fin a su sufrimiento, igual que sucede en la eutanasia. En el suicidio médicamente asistido el médico se limita a proporcionar los medios al paciente –como es la prescripción de una dosis

letal de medicamentos– para que el enfermo los use por sí mismo. De esta forma, la última acción que causa la muerte la realiza la misma persona que muere» (Comisión Nacional de Bioética).

La sedación paliativa se diferencia de la eutanasia por:

- La intencionalidad. En la eutanasia la intención es provocar la muerte, en la sedación dar un fármaco sedante per conseguir eliminar o aliviar el sufrimiento intratable con los analgésicos habituales y a dosis correctas.
- El proceso de decisión. En la eutanasia los fármacos hay que administrarlos a las dosis necesarias que garanticen una muerte rápida y sin sufrimientos. En la sedación paliativa las dosis de los sedantes se ajustan según respuesta del paciente.
- Resultados. En la eutanasia el parámetro de respuesta es precipitar la muerte sin sufrimiento. En la sedación el parámetro de respuesta es aliviar el dolor y el sufrimiento, aunque en ocasiones el necesario incremento de las dosis de los analgésicos y de los sedantes puedan llegar a producir un adelanto de la muerte¹².

El CDM en su Artículo 38.4 de forma clara indica: «El médico no deberá provocar ni colaborar intencionadamente en la muerte del paciente». Por tanto, considera la eutanasia fuera de la ética médica.

La legalización de la eutanasia y del suicidio asistido¹³ obliga a considerar en el CDM que: «El médico que actúa amparado por las leyes del Estado no puede ser sancionado deontológicamente». Además, contempla el derecho del médico a ser eximido del cumplimiento de los deberes legales por ser contrario a sus propias convicciones, como señala el Artículo 34.1 del CDM: «La objeción de conciencia es el derecho del médico a ser eximido del cumplimiento de los deberes constitucionales o legales por resultar dicho cumplimiento contrario a sus propias convicciones». Ahora bien, la objeción de conciencia deberá estar basada en lo que indica el Artículo 24.3 del CDM: «La objeción de conciencia debe tener un fundamento ético, moral o religioso, por lo que se deben rechazar como actos de verdadera objeción aquellos que obedecen a criterios de conveniencia u oportunismo».

Las enfermedades que con más frecuencia llevan a solicitar la eutanasia son el cáncer y la enfermedad neurológica incapacitante (esclerosis lateral amiotrófica, ictus, esclerosis múltiple, enfermedad de Huntington)¹⁴ y los síntomas, el dolor y la disnea. Los cuidados paliativos que logran controlar estos síntomas evitan un notable número de solicitudes de eutanasia.

En general, las leyes de regulación de la eutanasia, incluyendo la recientemente aprobada en España, excluyen a las personas con demencia¹⁵. La enfermedad de Alzheimer es la demencia que con más frecuencia motiva la solicitud, seguida por la demencia vascular, demencia mixta, demencia no especificada, demencia por cuerpos de Lewy y demencia frontotemporal¹⁶.

BIBLIOGRAFÍA

1. Código de deontología médica. Organización Médica Colegial (OMC); diciembre 2022.
2. Bátiz J. La analgesia, un imperativo ético del médico. *Med Gen Fam.* 2018;7(6):229-30.
3. Pérez-Castañera T. Aspectos bioéticos en el manejo del dolor por cáncer. *Bioética* 2010 (mayo-junio). 9-14.
4. Boceta-Osuna J, Peiró-Peiró A, Cevallos-Chopitea FJ, Vidal-Castro LM, Acedo-Gutiérrez MS, Mayoral-Rojals V; Grupo de trabajo en Bioética de la SED (BioSED). Problemas éticos en el manejo del dolor. Estudio cualitativo mediante entrevista de reflexión abierta. *Rev Soc Esp Dolor.* 2020;27(2):89-96.
5. Reeves K, Jones N. Ethical challenges in chronic pain. *Prim Care.* 2022;49(3):497-506.
6. Sacco E, Moreau N, Nizard J, Durand G. Assessment of decision-making autonomy in chronic pain patients: a pilot study. *BMC Med Ethics.* 2024;25(1):97.
7. Mazzolenis ME, Bulat E, Schatman ME, Chris Gumb CH, Christopher J Gilligan, Yong RL. The ethical stewardship of artificial intelligence in chronic pain and headache: a narrative review. *Curr Pain Headache Rep.* 2024;28(8):785-92.
8. Cao B, Fang S, Wu Z, Zhou X, Kong L, Zhu Q, et al. Efficacy and safety of traditional Chinese manual therapy (Tuina) in patients with non-specific chronic low back pain: a study protocol for a randomized controlled trial. *BMJ Open.* 2024;14(3):e081022.
9. Puchalski C. Spirituality in health: the role of spirituality in critical care. *Crit Care Clin.* 2004;20(3):487-504.
10. McClain-Jacobson C, Rosenfeld B, Kosinski A, Pessin H, Cimino JE, Breitbart W. Belief in an afterlife, spiritual well-being and end-of-life despair in patients with advanced cancer. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004;26(6):484-6.
11. Cameron D, Bridge D, Blitz-Lindeque J. Use of sedation to relieve refractory symptoms in dying patients. *S Afr Med J.* 2004;94(6):445-9.
12. Beaudry JS. Death as "benefit" in the context of non-voluntary euthanasia. *Theor Med Bioeth.* 2022;43(5-6):329-54.
13. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. España: Boletín Oficial del Estado n.º 72, de 25 de marzo de 2021, pp. 34037-34049.
14. Trejo-Gabriel-Galán JM. Euthanasia and assisted suicide I neurological diseases: a systematic review. *Neurologia.* 2024;39:170-7.
15. Mangino DR, Nicolini ME, de Vries RG, Kim SYH. Euthanasia and assisted suicide of persons with dementia in the Netherlands. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2020;28:466-77.
16. Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW, Cohen J. Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada, and Europe. *JAMA.* 2016;316:79-90.